الوقاية من الاضطرابات النفسية

التدخلات الفعالة وا يارات السياسية



التقرير ا ختصر



تقرير منظمة الصحة العا ية
صادر عن قسم الصحة النفسية وتعاطي العقاق وا واد
بالتعاون مع
مركز البحوث الوقائية جامعة نا ميج وجامعة ماآستر ت



منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

القاهرة

الوقاية من الاضطرابات النفسية

التدخلات الفعالة وا يارات السياسية

التقرير ا ختصر

تقرير منظمة الصحة العا ية
صادر عن قسم الصحة النفسية وتعاطي العقاق   وا واد
بالتعاون مع
مركز البحوث الوقائية   جامعة نا ميج   وجامعة ماآستر ت

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

القاهرة

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العا ية - ا كتب الأقليمي لشرق ا توسط؛ مترجم
الوقاية من الاضطرابات النفسية: التداخلات الفعالة وا يارات السياسية: التقرير ا ختصر/منظمة الصحة العا ية، ا كتب الإقليمي لشرق ا توسط
ص.
صدرت الطبعة الإ ليزية جنيف ٢٠٠٤ (ISBN : 92-4-159215-X)
١.الاضطرابات النفسية - وقاية ومكافحة ٢.وضع السياسات ٣.الطب ا ب على الأدلة أ.العنوان
ب.ا كتب الإقليمي نظمة الصحة العا ية لشرق البحر ا توسط
(تصنيف ا كتبة الطبية القومية: WM 140) ISBN: 978-92-9021-426-6

إن التسميات ا ستخدمة هذه ا نشورة، وطريقة عرض ا ادة ال تشتمل عليها، لا يُقْصَدُ ا ا مطلق التعب عن أي رأي لأمانة منظمة الصحة العا ية، بشأن الوضع القانو لأي قطر، أو مقاطعة، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أيٍّ منها، أو بشأن حدود أيٍّ منها أو ومها. و ثل ا طوط ا نقطة على ا رائط خطوط حدودية تقريبية قد لا يوجد حو ا بعد اتفاق كامل.
إن ذكر شركات بعينها، أو منتوجات جهة صانعة معينة، لا يقصد به أن منظمة الصحة العا ية صها بالتزكية أو التوصية، تفضيلاً ا على ما يرد ذكره من الشركات أو ا نتوجات ذات الطبيعة ا ماثلة.

طبع القاهرة بواسطة شركة توشكى

هيد

إن إنقاص العبء أو ا مل الثقيل ا صاحب للاضطرابات النفسية والعصبية وعبء تعاطي العقاق هو أحد الأهداف الأولية لقسم الصحة النفسية وتعاطي العقاق منظمة الصحة العا ية، ومن الواضح أن الوقاية من هذه الاضطرابات أهم الطرق الفعالة إنقاص هذا العبء. ولقد أكدت عدة اجتماعات صحية دولية وعدة قرارات إقليمية على ا اجة للمزيد من ا هود الوقائية. ولقد نشرت منظمة الصحة العا ية WHO وثيقة عن الوقاية الأولية من الاضطرابات النفسية والعصبية والعقلية عام ١٩٩٨، و ا كانت هذه ا جالات العلمية تتطور بسرعة من حيث الأفكار والا اهـ ، فإن تلك الوثيقة تاج إ مراجعة حديثة، و اول هذا التقرير ا ختصر (الذي يتماشى مع التقرير الكامل) إ اد فهم شامل هذا ا جال، ولاسيما من منظور برهنة التدخلات الفعالة الا تتصاحب مع ا يارات السياسية. والذي ينسجم مع مقررات منظمة الصحة العا ية تزويد الدول الأعضاء با علومات والا اهـ سب ما تتطلبه ا يارات والتدخلات السياسية ا لائمة فيها وكذلك الا امج الا سن الصحة العمومية. و موضوعات مثل الوقاية من الاضطرابات النفسية، فإن هذه ا همة تبدو أكثر حرج لأنا تاج لـ اهـ أكثر وأحدث و ـري أوضاع متفاوتة ضع للتجربة بعد.

لا كن أن نطرح الاضطرابات النفسية بعيد عن قضايا حقوق الإنسان، إذ إن العارأو الوصمة والتمييز والانتهاكات قوق الإنسان الا يتأثر ـا الأفراد والعائلات بسبب الاضطرابات النفسية علهم يعانون بشدة وقسوة. تعد هذه الظواهر - جزئي على الأقل - نتيجة لذلك الإدراك العام الذي يعتقد بعدم وجود وسائل وقائية أو علاجية فعالة واجهة هذه الاضطرابات. كن أن تبدل الوقاية الفعالة الكث من هذه الإدراكات وتعزز التغ أسلوب النظرة ا سبقة إ الاضطرابات النفسية من قبل ا جتمع. تذهب قضايا حقوق الإنسان إ أبعد من الانتهاكات ا اصة الا يتعرض ا ا صابون باضطرابات نفسية، وبالفعل فإن التحديدات ا رتكزة إ حقوق الإنسان للأفراد ا عرض و تمعاـم ر ا تعمل كقوة ددة للاضطرابات النفسية، لذا فليس من ا فاجئ أن تنسجم العديد من هذه التداب الوقائية الفعالة وتتناغم مع مبادئ العدالة الاجتماعية، وا ساواة الفرص والرعاية عظم الفئات ا عرضة أو السريعة التأثر ا جتمع. تتضمن الأمثلة عن هذه التدخلات سـ التغذية، وضمان التعليم الأساسي، وإتاحة سوق العمل، والقضاء على التمييز العرقي أو ا نسي. وضمان أسس الأمن الاقتصادي. تستحق العديد من هذه التدخلات أن تطبق سب مزاياها ا اصة، ولو كانت البينات والا اهـ على فعاليتها ليست قوية، ومهما يكن البحث مهم عن الا اهـ العلمية الإضافية عن الفعالية وا دوى الاقتصادية، فما ينبغي أن علنا نفرط عدم التدخل تلبية ا طالب الاجتماعية الطارئة و السياسات الصحية، وبالواقع تاج وجود الطرائق ا بتكرة لتقييم الا اهـ ، بينما تكون هذه الا امج قد صممت وجرى إدخا ا. وينبغي أن تتضمن هذه الطرائق تقنيات نوعية مستمدة من العلوم الاجتماعية والأنثروبولوجية وسائر العلوم الإنسانية، بالإضافة إ التحليل ا لائم للحصول على النتائج تعقيداـا وتنويعاـا.

ولسوء ا ظ ة ـديد قوي ومشترك و الصحة النفسية، وهو على وجه ا صوص الا اع والعنف ـ كل من الأفراد وا جتمعات والدول. ا يسبب الضائقات والاضطرابات الأساسية. وتتطلب الوقاية من العنف جهود اجتماعية ة، ولكن ر ا يستطيع ا هنيون الصحيون النفسيون سـ الأثر السلـ ذه

الظواهر ببذل بعض ا هود الوقائية النوعية، وبصنع مواقف إنسانية أكثر ودية مع الصحة النفسية.
إن إحدى القضايا ا ا ة إدخال الوقاية أُبْرَهَنَة هي: ا ياة الواقعية القابلة للتطبيق ال امج ا ثبتة بالاختبار، ولاسيما الأوضاع العميقة الاختلاف من حيث ا وانب الثقافية ومن حيث ا وارد . ويبدو أن التجارب ا راقبة بطريقة صارمة وفعالة كن أن قق الدليل وال هان الأكثر ديد ولكنها أقل طواعية للتطبيق الأوسع على امتداد العا . وما ينبغي أن تعد ا تغ ات ا فاهيم والثقافة رد موجودات، بل هي عناصر أساسية لأي برنامج للتطبيق واقع ا ياة. إن الاعتبارات الإضافية ذه العوامل هي ا فضلة عند توليد ال اه بالتحليل العلمي. و عل التطبيقات الثقافية مهمة بذر الدليل أُرْتَكز إ التدخلات معقدة وبطيئة، يث نتوقع التعقيد ال امج الوقائية.
إن السؤال الكب الذي لا كن الإجابة عنه هو: من الذي ينبغي له أن يقوم بدفع تكاليف الوقاية كتكلفة للرعاية الصحية ال تتزايد أرجاء العا ؟ ة زيادة التحدي الذي ا٦ه ا وارد. إن هذا السيناريو يضع الوقاية-ال عادة ما تكون نتائجها الطويلة الأمد- واجهة أضرارالعلاج ذي ا نافع القص ة الأمد. ٦يمن الاهتمامات الاقتصادية ال تتضمن ا وانب التجارية على ميدان ا عا ة أكثر من الوقاية، وهذا يسبب ضعف الاستثمارات النشاطات الوقائية. وغالب ما لاينظر إ مقدمي الرعاية الصحية كمسؤول عن الرعاية الأولية، ولاسيما التدخلات ال عادة ما تطبق من قبل قطاعات صحية أخرى. ستحتاج السلطات الصحية العمومية وا هنيون الصحيون إ أخذ دورهم القيادي هنا، و لو يكن باستطاعتهم إ اد ا وارد ا الية الضرورية من خلال القطاع الصحي لإدخال ال امج وتطبيقها. إن التعاون ماب الصحة النفسية والصحة العمومية والقطاعات الأخرى معقد ولكنه هام عل ال امج الوقائية واقعية، تتضح نقطة البداية ا يدة ذا التعاون من خلال ال هان على الفعالية ضمن مفتاح الرسائل العلمية الدقيقة وال تبقى سهلة الفهم وعملية بدرجة كافية لكي ري العمل ٦ا. أ أن تأخذ بنا منشورات منظمة الصحة العا ية خطوة إضافية و هذا الا اه.

بيناديتو سارسينو
مدير قسم الصحة النفسية وتعاطي العقاق
منظمة الصحة العا ية
جنيف

ا حتويات

المقدمة

يقدم تقرير الوقاية من الاضطرابات النفسية: التدخلات الفعالة والخيارات السياسية، الذي يرتكز إليه هذا التقرير المختصر، مراجعة للبرامج والسياسات الدولية التي ترتكز إلى براهين الوقاية من الاضطرابات النفسية. ويركز على الوقاية الأولية أكثر من الوقاية الثانوية أو الثالثية، ويصف المفهوم المتعلق بالوقاية، أي العلاقة بين الوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية والقابلية الفردية للمرض، والمحددات الاجتماعية والبيئية للاضطرابات النفسية، ويبين البراهين على فعالية التدخلات الوقائية وسياسات الصحة العمومية ومقتضيات الممارسة والشروط المطلوبة من أجل الوقاية الفعالة. وهو يتمم العمل الآخر لتقرير منظمة الصحة العالمية WHO الكبير (تعزيز الصحة النفسية: المفهوم، توضيح البرهان، الممارسة ٢٠٠٤ ب، هرمان، ساكسينا، موودي ٢٠٠٤).

يمتد تاريخ الوقاية في الصحة النفسية لأكثر من مئة عام، فمنذ الأيام الأولى لحركة حفظ الصحة النفسية التي بدأت في مطلع القرن العشرين ظهرت العديد من الأفكار عن الاستراتيجيات الممكنة للوقاية من المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية عند الأطفال والبالغين، ولقد انتقلت جزئياً إلى النشاطات التجريبية للرعاية الصحية الأولية ومدارس الصحة العمومية والممارسات. وعلى الرغم من ذلك فإن التطور المنهجي للبرامج الوقائية العلمية المُرْتَكِز والتي ترتكز على الدراسات ذات الشواهد لاختبار الفعالية لم يتضح إلا حوالي عام ١٩٨٠.

وعلى مدى ربع قرن من العلوم الوقائية المتعددة المناهج في مجال الصحة النفسية حصل التطور بخطى سريعة، مما سهل زيادة المعلومات عن القابلية للتعرض للخطر والعوامل الواقية. والذي نتج عن النمو السريع لعدد من المنشورات العلمية والبرامج الفعالة، كما يتضح من هذا التقرير المختصر. ولقد أكدت مراكز البحوث الوقائية والجامعات وسائر المعاهد وبعض مديرو البرامج والممارسون بالبراهين ما يؤكد بأن التدخلات الوقائية وتعزيز الصحة النفسية يمكن أن تغير من الاختطار وتزيد من العوامل الواقية، وتنقص من معدل الوقوع والانتشار لبعض الاضطرابات النفسية.

يتضمن تقرير الوقاية من الاضطرابات النفسية: التدخلات الفعالة والخيارات السياسية، مراجعة انتقائية للبراهين المتاحة من مختلف الدول والثقافات، ولكن المعرفة المشتركة ترتكز إلى البحوث في الدول الغنية على الأقل، ومن بعض مبادرات البحوث الحديثة في الدول النامية. يتحدانا الجيل التالي لتبادل البرامج المُبَرْهَنَة عبر مختلف الدول لتوسيع معارفنا عن دور العوامل الثقافية والاقتصادية في الوقاية.

ولقد كتب هذان التقريران الكامل والمختصر، للعاملين في القطاعات الصحية وغير الصحية، وللعاملين في الوكالات والمؤسسات الحكومية وغير الحكومية، وفي الدول الغنية والمتوسطة الدخل والفقيرة من حيث الموارد. وهؤلاء الناس هم في وضع يستطيعون فيه تمييز تأثير محددات الاضطرابات النفسية والسلوكية وكذلك فعالية الجهود الوقائية بطرق قد لاتكون واضحة لهم، ويفتح بصيرة المهنيين الصحيين النفسيين أيضاً نحو طيف من الفرص لكي يسهموا في الوقاية الأولية والتدخلات المبكرة بالتوازي مع المعالجة والتأهيل. ويقدم الدعم لممارسي الصحة النفسية لكي تتكامل قضايا الصحة النفسية أو تندمج مع النشاطات والسياسات الصحية الوطنية والمحلية في مجال الوقاية النفسية وتعزيز الصحة النفسية، وتحرض على البحوث الوقائية وبحوث تعزيز الصحة النفسية ، ولكي تتوسع معارف هؤلاء حول تصميم

التدخلات الوقائية الفعالة وطرق تنفيذها.
لقد كُتب تقرير الوقاية من الاضطرابات النفسية: التدخلات الفعالة وا يارات السياسية، إ انـ منا بأن إنقاص معدل الاضطرابات النفسية بـ تلف شعوب الأرض وأ ها لا ـدث إلا بالتعاون الناجح بـ الشركاء ا تعددين الذين يكتنفهم البحث العلمي والسياسات وا مارسات ا ذلك قادة ا جتمع وا ستهلك .
لقد أنتج هذا التقرير ا ختصر من قبل ـرري فصول وموضوعات تقرير الوقاية من الاضطرابات النفسية: التدخلات الفعالة وا يارات السياسية، لإعطاء القراءِ الإحساسَ بقضايا التدخلات اُ بَرْهَنَة الـ نوقشت بتفاصيل أكثر وأوسع التقرير الكامل. ونأمل أن ـث هذان التقريران الكامل وا ختصر القراءَ على جعل قضية الوقاية من الاضطرابات النفسية من أولوياـم بقدر ما هو متاح م ضمن خطط أعما م.
ا ـررون:
كليمانس هو ان،
إيفا جانه –ليوبيس،
شيخار ساكسينا

إعداد الدليل ا ختصر

إعداد هذا التقرير ا ختصر من قبل ررري كتاب الوقاية من الاضطرابات النفسية: التدخلات الفعالة وا يارات السياسية، وهم كليمانس هو ان، إيفا جانه – ليوبيس، شيخار ساكسينا، والذي سينشر من قبل مطبعة جامعة أكسفورد عام ٢٠٠٥، وقام ا حررون بالاختيار الانتقائي وطوروا بعض ا واد من الفصول ال ساهم Ƭا مؤلفو التقرير الكامل، وذلك لتقد نظرة عن التدخلات الفعالة والأفعال السياسية ال تنقص اختطار الاضطرابات النفسية . ولذا يتضمن هذا التقرير إشارة فقط لبعض تفاصيل ا ناقشات ا امة ا طبوع الوشيك التنفيذ، ولايتضمن مراجع ا نشورات والأ اث كلها ال ترتكز ا لخصات إليها، ومن أجل الرجوع إ ا راجع وا صادر الكاملة ميع مانوقش من استراتيجيات الوقاية، وال امج، والسياسات، وال اه عن ا خاطر والعوامل الوقائية، يل القراء إ : التدخلات الفعالة وا يارات السياسية، وهم كليمانس هو ان، إيفا جانه – ليوبيس، شيخار ساكسينا، والذي سينشر من قبل مطبعة جامعة أكسفورد عام ٢٠٠٥.

تعكس أقسام هذا التقرير ا ختصر عناوين العمل أقسام التقرير الكامل كما هو مدون أدناه. و نشر دوه إ مسا ة مؤلفي هذه الفصول التقرير ا ختصر. وعندما نستشهد Ƭم هذا التقرير فهي مناسبة لتقد الشكر لأصحاب العلاقة من مؤلفي هذه الفصول.

تفصيلات التقرير الكامل الذي يرتكز هذا التقرير ا ختصر عليه ويعد مصدر له

Hosman C, Jan-Llopis E & Saxena S, eds (2005). Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. Oxford University Press.

الفصل	ا ؤلفون
١. ا اجة إ الوقاية أُبْرَهَنَة.	Saxena S, Hosman C, Jané-Llopis E
٢. مفهوم تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية.	Jané-Llopis E, Herrman H, Hosman C, Saxena S
٣. الفعالية وال هان: ا ستويات وا نظورات.	Hosman C, Jané-Llopis E
٤. الفقر والنبذ الاجتماعي والفئات ا حرومة.	Patel V, Jané-Llopis
٥. دعم اللاجئ وضحايا ا رب.	Musisi S, Mollica R, Weiss M
٦. العمل، والكرب والبطالة.	Price R, Kompier M
٧. الوقاية من انتهاك الأطفال وإ ا م.	Hoefnagels C
٨. التلاؤم مع العلل النفسية الوالدية ومكافحتها.	Beardslee W, Solantaus T, van Doesum K
٩. التعامل مع العائلات ا مزقة، والطلاق، وا صائب والفواجع.	Sandler I, Ayers T, Dawson-McClure S
١٠. تعزيز البدء با ياة الصحية، وإنقاص الاختطارات ا بكرة.	Brown CH, Sturgeon S
١١. تعزيز ا رونة، وإنقاص السلوك ا طر ا دارس.	Domitrovich C, Weare K, Elias M, Greenberg M, Weissberg R

١٢.صحة ا سنـ النفسية.	Jané-Llopis E, Hosman C, Copeland J, Beekman AJ
١٣.الوقاية من اضطرا بات السلوك، العنف والاكتئاب.	Eddy JM
١٤.الوقاية من اضطرابات الأكل.	Hosman C
١٥.الوقاية من الاكتئاب والأعراض الاكتئابية.	Jané-Llopis E, Munõz R, Patel V
١٦.الوقاية من اضطرابات القلق .	Hosman C, Dadds M, Raphael B
١٧.الوقاية من الأضرار النا ة عن العقاق .	Anderson P, Biglan A, Holder H
١٨.الوقاية ا بكرة من الذهان .	Killackey E, McGorry P, Wright A, Harris M, Juriansz D
١٩.الوقاية من الانتحار .	Hosman C, Wasserman D, Bertolote J
٢٠.الانعكاسات وا قتضيات .	Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S
٢١.التوصيات ، الطريق و البحوث والسياسات وا مارسة .	Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S

شكر وتقدير

إن ا حررين الذين معوا هذا التقرير ا ختصر بطريقة مباشرة من ا واد ا وجودة فصول وأقسام كتاب الوقاية من الاضطرابات النفسية: التدخلات الفعالة وا يارات السياسية، يتقدمون بوافر الشكر إ ا ستشارين الذين سا وا ـٍذا العمل، وكذلك يشكر ا حررون من ساعدهم على التحرير والدعم الإداري ومراجعة قائمة ا صادر، و يشكرون منظمة الصحة العا ية ومطبعة جامعة أكسفورد لسماحها باستمداد معلومات هذا التقرير من كتاٍا ا زمع طباعته. ويشكر ا كتب الإقليمي نظمة الصحة العا ية لشرق ا توسط الدكتور ناصر بوكلي حسن الذي قام بتر ة التقرير ا ختصر بالاعتماد على ا عجم الط ا وحد طبعته الإلكترونية اا أصدرها ا كتب عام ٢٠٠٤م.

ا حررون

Professor Clemens Hosman
Director
Prevention Research Centre on Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention
Radboud University Nijmegen and Maastricht University

Nijmegen/Maastricht, The Netherlands

Dr Eva Jané-Llopis
Head of Science and Policy
Prevention Research Centre on Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention
Radboud University Nijmegen and Maastricht University

Nijmegen, The Netherlands

Dr Shekhar Saxena
Coordinator
Mental Health: Evidence and Research
Department of Mental Health and Substance Abuse
World Health Organization
Geneva, Switzerland

ا ستشارون

Dr Thomas Bornemann
Director for Mental Health
The Carter Center
Atlanta GA, USA

Professor Sheppard Kellam
Johns Hopkins School of Hygiene and public Health
Baltimore MD, USA

Dr Beverly Long
World Federation for Mental Health
Atlanta GA, USA

Dr David McQueen
Associate Director for Global Health Promotion
Centers for Disease Control and prevention
Atlanta GA, USA

Dr Patricia Mrazek
Mental Health Policy Consultant
World Federation for Mental Health
Rockville MD, USA

ا سا ون التقرير الكامل

Dr Peter Anderson
Public Health Consultant

Nijmegen, The Netherlands

Dr Tim Ayers
Department of Psychology, Program for Prevention Research
Arizona State University
Tempe AZ, USA

Professor William Beardslee
Judge Baker Children's Center
Children's Hospital Boston and
Harvard Medical School
Boston MA, USA

Professor Aart-Jan Beekman
Department of Psychiatry
Free University
Amsterdam, thr Netherlands

Professor Aart-Jan Beekman
Department of Psychiatry
Free University
Amsterdam, The Netherlands

Dr José Manoel Bertolote
Coordinator
Management of Mental an Brain Disorders
Department of Mental Health and Substance Abuse
World Health Organization

Geneva, Switzerland

Professor Anthony Bigian
Oregon Research Institute
Eugene OR, USA

Professor C Hendricks Brown
Department of Epidemiology and Biostatistics
University of South Florida, Tampa and
Department of Biostatistics and Mental Health
Bloomberg School of Public Health at Johns Hopkins
Baltimore MD, USA

Professor John Copeland
Department of Psyckiatry
University of Liverpool
Liverpool, Uniter Kingdom

Professor Mark Dadds
NHMRC Senior Research Fellow and Professor
School of Psychology
University of New South Wales
Sydney, Australia

Dr Spring Dawson-McClure
Department of Psychology
Program for Prevention Research
Arizona State University
Tempe AZ, USA

Dr Celene Domitrovich
Prevention Research Center
Pennsylvania State University
University Park PA, USA

Dr J Mark Eddy
Research Scientist
Oregon Social Learning Centre
Eugene OR, USA

Professor Maurice Elias
Department of Psychology
Rutgers University
Piscataway NJ, USA

Professor Mark Greenberg
Prevention Research Center
Pennsylvania State University
University Park PA, USA

Ms Meredith Harris
Research Fellow
ORYGEN Research Centre
The University of Melbourne
Melbourne, Australia

Professor Helen Herrman
St Vincent's Mental Health Service Melbourne and
The University of Melbourne Department of
Psychology
Melbourne, Australia

Dr Cees Hoefnagels
Associate Professor
Prevention Research Centre on Mental Health
Promotion and Mental Disorder Prevention
Department of Health Promotion and Education
Maastricht University
Maastricht, The Netherlands

Professor Harold Holder
Prevention Research Center
Pacific Institute of Research and Evaluation
Berkeley CA, USA

Mr David Juriansz
Acting Coordinator of the Compass Strategy
ORYGEN Youth Health
Melbourne, Australia

Dr Eóin Killackey
Research Fellow
Department of Psychology
The University of Melbourne and ORYGEN Research
Center
Melbourne, Australia

Preofessor Michiel Kompier
Work and Organizational Psychology
Radboud University Nijmengen
Nigmengen, The Netherlands

Professor Patrik McGorry
Director
ORYGEN Youth Health and ORYGEN Research Centre
Department of Psychiatry
The University of Melbourne
Melbourne, Australia

Dr Richard Mollica
Director of the Harvard Program in Refuge Trauma
Harvard Medical School
Boston MA, USA

Professor Ricardo Muñoz
University of California, San Francisco
Chief Psychologist
Department of Psychiatry
San Francisco General Hospital
San Francisco CA, USA

Dr Seggane Musisi
Senior Consultant Psychiatrist
Department of Psychiatry
Makerere Medical School, Mulago Hospital
Kampala, Uganda

Dr Vikram Patel
London School of Hygiene and Tropical Medicine and
Chair, Sangath Society
Coa, India

Professor Richard Price
Institute for Social Research and
Department of Psychology
University of Michigan
Ann Arbor MI, USA

Professor Beverly Raphael
Centre for Mental Health
New South Wales Department of Health
Sydney, Australia

Professor Irwin Sandler
Department of Psychology
Program for Prevention Research
Arizona State University
Tempe AZ, USA

Dr Tytti Solantaus
Mental Health Unit
STAKES
Helsinki, Finland

Dr Shona Sturgeon
Department of Social Development
School of Cape Town
Cape Town, South Africa

Ms Karin van Doesum
Prevention Team, RIAGG IJsselland, Deventer and
Prevention Research Centre on Mental Health
Promotion and Mental Disorder Prevention
Radboud University Nijmegen
Nijmegen, The Netherlands

الرسائل الرئيسية

الوقاية من الاضطرابات النفسية هي إحدى أولويات الصحة العمومية

يعا حوا ٤٥٠ مليون إنسان من الاضطرابات النفسية والسلوكية على امتداد العا . وسيصاب ربع البشر بواحد أو أكثر من هذه الاضطرابات فترة ما من حياتهم. ويقدر بأن الاضطرابات النفسية العصبية تتسبب بفقد حوا ١٣ ٪ من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز الذي ينجم عن يع الأمراض و الحوادث، تلف أرجاء العا ، وتقدر زيادتها بحوا ١٥٪ سنويا لحلول العام ٢٠٢٠ م. تنجم نصف الأسباب المؤدية إ العجز والوفاة المبكرة عن الحالات النفسية. لا تمثل الاضطرابات النفسية عبئا سيكولوجيا واجتماعيا واقتصاديا فحسب، بل تزيد من مخاطر الأمراض الجسدية. وبالنظر إ المحدودية الشائعة لفعالية الوسائل العلاجية إنقاص العجز الناجم عن الاضطرابات النفسية والسلوكية، فإن الطريقة الملائمة لإنقاص العبء الناجم عن هذه الاضطرابات هو الوقاية.

الاضطرابات النفسية المحددات متعددة، لذا تحتاج المتطلبات الوقائية إ جهود متشعبة عديدة

لقد سلطت العلوم الاجتماعية والبيولوجية والعصبية الضوء على دور عوامل الاختطار والوقاية تنامي المسالك و الاضطرابات النفسية وضعف الصحة النفسية. إن العوامل الواقية وعوامل الاختطار المجتمعية والعوامل البيولوجية والاجتماعية والنفسانية وتداخلاتها كلها قد جرى استعرافها وتعيين هويتها ع العمر كله ومنذ المرحلة الجنينية. و يمكن للعديد من هذه العوامل، أن تصبح هدفا يمكن لتدابير الوقاية وتعزيز الصحة. تؤكد المراضة المشتركة بين الاضطرابات النفسية وما يتعلق بها من علل بدنية والمشاكل الاجتماعية على الحاجة إ التكامل سياسات الصحة العمومية والاستهداف العنقودي للمشاكل ذات العلاقة والمحددات المشتركة، والمراحل المبكرة من المشاكل المتعددة المسارات، والمخاطر السكانية والمتعددة.

يمكن أن تنقص الوقاية الفعالة من مخاطر الاضطرابات النفسية

ة ال واسع من البرامج الوقائية المبرهنة والسياسات المتاحة للتنفيذ. والبرامج يمكن أن تنقص عوامل الاختطار، وتعزز العوامل الواقية، وتنقص الأعراض النفسية والعجز وبدء بعض الاضطرابات النفسية. وهي تحسن أيضا الصحة النفسية الإيجابية، وتسهم صحة بدنية أفضل وتعمم الفوائد الاجتماعية والاقتصادية. توضح هذه التدخلات المتعددة النتائج بأن الوقاية يمكن أن تكون ذات جدوى اقتصادية. ولقد بدأت البحوث بإظهار النتائج الجديدة ال يعتد بها إحصائيا .

ينبغي أن تخضع التنفيذ للبينات وال اهين المتاحة

تقتضي الاعتبارات الأخلاقية، والاستعمال الأمثل للموارد المحدودة من أجل الوقاية، أن تخضع البرامج الوقائية والسياسات للدليل وال هان العلمي عن فعاليته. ولا شك بأن بناء أسس ال اهين هو عملية

متدرجة، وينبغي أن ضع للحساسيات الثقافية، وأن يستعمل الاً واسع من الطرائق العلمية.

ب أن تنبع اا امج والسياسات الناجحة من أعماق ما هو متاح

سيحقق استمداد اا امج والسياسات ا هو متاح للدول وا جتمعات طيف واسع من الوسائل الوقائية سك زمام الاضطرابات النفسية. ومع ذلك ب تطوير النظام ا تاح وا تكامل للبيانات الدولية والوطنية لتزويد الوكالات ا كومية وغ ا كومية با علومات عن اا امج والسياسات اُ بَرهَنة، وذلك للاستفادة من نتائجها وظروفها من أجل التنفيذ الفعال.

تاج معرفة براه الفعالية إ ا زيد من التوسيع

تاج إ ا زيد من ا هود من أجل نشر طيف التدخلات الوقائية الفعالة ، ولتحس فعاليتها وجدواها الاقتصادية الأوضاع ا تفاوتة ولتقوية أسس اا اه . وهذا يتطلب عملية إعادة تقييم اا امج والسياسات والتنفيذ. إن معرفة الاستراتيجيات وخصائص اا امج وا الات الأخرى اا ا أثر إ ا على الفعالية ب أن ينقل إ دلائل عمل لا امج ا حسنة. وينبغي ثل هذه الدلائل أن تنشر وتنفذ بطريقة منهجية.

تتطلب الوقاية حساسية و ا وانب الثقافية وا وارد ا تاحة تلف الدول

تتوزع الفرص الشائعة للوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية على و غ عادل حول العا . و تاج ا بادرات الدولية لإنقاص هذه الفجوة إ دعم الدول ا نخفضة ا دخول لتطوير ا عرفة الوقائية وا ات والسياسات والتدخلات اا تستجيب اجاتا من حيث الثقافة والشروط والفرص.

تتطلب النتائج ا رتكزة إ السكان استثمارات مالية وبشرية

كن توقع النتائج ا رتكزة إ السكان عندما تستثمر ا وارد ا الية والبشرية على و كاف فحسب، وينبغي أن يتيح الدعم ا ا لتنفيذ السياسات واا امج الوقائية اُ بَرهَنة وتعزيز تطوير البا التحتية ا طلوبة، بالإضافة إ استيعاب البناء مستوى الدولة، ا قق تكوين القوى العاملة وتدريبها من قبل ا هني العارف . وتدعو ا اجة إ الكث من هذه الاستثمارات من ا كومات باعتبارها ا سؤولة النهائية عن صحة السكان.

تتطلب الوقاية الفعالة ارتباطات ماب القطاعات ا ختلفة

تاج الوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية لد ها كجزء متكامل مع الصحة العمومية وسياسات تعزيز الصحة على ا ستوى ا حلى والوط ، وينبغي للوقاية والتعزيز الصحة النفسية أن يتكاملا من خلال ا قاربة السياسية العمومية اا يط ختلف القطاعات العمومية، مثل

البيئة، والإسكان، والرفاه الاجتماعي، والعمل، والتربية والتعليم، وحقوق الإنسان، ومكافحة ا ـر ة. سيعمم ذلك الأوضاع الفائزة ء القطاعات، ا ذلك ا جال الواسع من ا نافع الصحية والاجتماعية والاقتصادية.

إن اية حقوق الإنسان هي الاستراتيجية الرئيسية للوقاية من الاضطرابات النفسية

إن الظروف الضائرة مثل انتهاك الأطفال، والعنف وا ـروب، والتمييز، والفقر، ونقص فرص التعليم ا آثار هامة تطور الأمراض النفسية والبدنية، وبدء الاضطرابات النفسية. إن الأفعال والسياسات ال ـسن الوقاية ء احترام حقوق الإنسان هي الاستراتيجية القوية ال تقي من الاضطرابات النفسية.

مدخل: ما هي الوقاية المُسَنَدَة بالبيّنات، وماذا يعـ تعزيز الصحة النفسية؟

الوقاية من الاضطرابات النفسية: أولوية الصحة العمومية

لاتنحصر الاضطرابات النفسية والسلوكية ضمن أى فئات اجتماعية بذاتها، فهى موجودة عند الناس يع الأقاليم والدول و اجتمعات كلها. يعا حوا ٤٥٠ مليون من البشر من الاضطرابات النفسية سب تقديرات منظمة الصحة العا ية WHO تقريرها السنوي الذي نشر عام٢٠٠١م. وسيصاب ربع البشر بواحد أو أكثر من هذه الاضطرابات[١] فترة ما من حياتهم.(WHO,2001 1b). ثل الاضطرابات النفسية والسلوكية عند أي نقطة زمنية حوا ١٠٪ من الأمراض عند البشر البالغ تلف أرجاء العا ، ويعا خُمس ا راهق ت عمر ١٨ عام من ا شاكل السلوكية أو العاطفية أو النمائية. وإن حوا ثُمن هؤلاء مصابون باضطراب نفسي، ويصاب خُمس الأطفال ا حروم ذه الاضطرابات. ويقدر بأن الاضطرابات النفسية العصبية تتسبب بفقد حوا ١٣٪ من سنوات العمر ا صححة باحتساب مدد العجز الذي ينجم عن يع الأمراض وا وادث تلف أرجاء العا ، تنجم نصف الأسباب ا ؤدية إ العجز والوفاة ا بكرة عن ا الات النفسية، ال تتضمن الاكتئاب وتعاطي ا سكرات والكحول والفُصام أواضطراب الوسواس القهري (موراي و لوبيز ١٩٩٦) ويقدر بأنه لول العام ٢٠٢٠ فإن ا الات النفسية والعصبية ستمثل حوا ١٥٪ من العجز العا ، و ثل الأشخاص ا صابون بالاكتئاب الأحادي القطب حوا ٥,٧٪ من سنوات العمر ا صححة باحتساب مدد العجز (DALY)[٢].

إن الأثر الاقتصادي للاضطرابات النفسية ذو ال واسع، ومذهل، ودائم. وينوء الأفراد والعائلات وا جتمعات بعبء هذه الاضطرابات. يقدر التقرير السنوى الولايات ا تحدة الأمريكية بأن الكلفة ا تصلة بالاضطرابات النفسية وا ١٤٧بليون دولار أمريكي، ومعظم هذه التكاليف تسهم فيها السرطانات، والأمراض التنفسية والإيدز (معهد الطب ١٩٨٩)، وكذلك فإن التقديرات عن التكاليف ا باشرة الدول الفق ة لاتصل إ هذه ا ستويات بسبب ا فاض القدرة على تغطية خدمات رعاية الاضطرابات النفسية، وأما التكاليف غ ا باشرة فترتفع بسبب ضياع الإنتاجية ال تسبب معظم التكاليف الإ الية الضخمة.(WHO, 2001 1b).

وفوق ذلك فإن التكاليف العلاجية ا نخفضة (بسبب نقص ا عا ة) ر ا تزيد بالواقع من التكاليف ا باشرة بسبب زيادة مدة الاضطرابات غ ا عا ة وبسبب العجز ا صاحب ا. إن التكاليف الإ الية الاقتصادية للاعتلال الصحي النفسي مذهلة وغ قابلة للقياس بسهولة. بالإضافة إ تكاليف ا دمات

---

(١) وتتضمن الاضطرابات الاكتئابية الوحيدة القطب، والاضطراب الانفعا الثنائي القطب، والفُصام، والصرع، والاضطرابات النا ة عن تعاطي الكحول وسائر العقاق ، ومرض آلزها ر وسائر أنواع ا رف، واضطراب الكرب التا للرضوح ، واضطراب الوسواس القهري، واضطراب ا لع، والأرق الأو .

(٢) أدخلت طريقة سنوات العمر ا صححة باحتساب مدد العجز (DALY) لدراسة العبء الإ ا للمرض، و تسب العجز والإزمان الناجم عن الاضطرابات، وتقيس هذه الطريقة الفجوة الصحية، ال مع ا علومات عن العجز وسائر النتائج ا رضية غ ا ميتة وا وت ا بكر، وكل دا ثل سنة ضائعة من ا ياة الصحية.

الصحية والاجتماعية، والبطالة، ونقص الإنتاجية، والأثر على العائلات وعلى مقدمي الرعاية، وعلى مستويات ا ر ة والسلامة العامة، وكذلك الأثر السلـ على الوفيات ا بكرة. و ة تكاليف ثقيلة أخرى كن قياسها، مثل الأثر السلـ للوصمة والعار والتمييز، أو تكاليف ضياع الفرص على الأفراد والعائلات الـ لاتدخل ضمن حساباتنا وتقديراتنا.

إن إنقاص العبء الصحي والاجتماعي والاقتصادي للاضطرابات النفسية يعد أساسيا ، يث يدفع الدول والأقاليم إ أخذ ا يطة لإجراءات الوقاية وتعزيز الصحة النفسية على مستوى صنع السياسات، والقوان ، ومستوى ا اذ القرار، و صيص ا وارد، ومن خلال النظام الإ ا للرعاية الصحية.

تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية

إن ا شكلة الرئيسية الـ تواجه الباحث وصناع السياسات هذا ا جال هي الربط بـ ا تشا ات وا دود مفهوم الصحة النفسية و ا رض العقلي أو النفسي من جهة وبـ الوقاية والتعزيز. ولقد عرفت منظمة الصحة العا ية الصحة بأنا حالة من الكمال البد والنفسي والاجتماعي، والعافية وليست رد ا لو من ا رض أو العجز. لذا تتضمن الصحة الوظائف النفسية وا سدية والاجتماعية، والـ تتصاحب بطريقة يمية ولاتستقل عن بعضها. و ة بينة بأن ا رض النفسي وا سدي ر ا يتصاحبان أو يتشاركان، أو يتبعان بعضهما أو يسبق أحد ا الآخر، بالإضافة إ البينة الـ تشـ بأن الاضطرابات النفسية تزيد من اختطار الأمراض البدنية والعكس صحيح.

تعزيز الصحة النفسية

غالبا مايعزى تعزيز الصحة النفسية إ الصحة النفسية الإ ابية، مع الأخذ با سبان الصحة النفسية كمورد، وكقيمة وحدها، وكحق أساسي من حقوق الإنسان التطور الاجتماعى والاقتصادى. إن غاية تعزيز الصحة النفسية هو التأثـ على دات الصحة النفسية، أي الزيادة الإ ابية الصحة النفسية، ولإنقاص عدم ا ساواة، ولبناء الرأ ال الاجتماعي، و لق الربح الصحي وكسبه، ولتضييق الفجوة التوقع الصحي ضمن الدول والفئات (إعلان جاكرتا عن تعزيز الصحة، منظمة الصحة العا ية ١٩٩٧) يتفاوت نطاق تدخلات تعزيز الصحة النفسية، ويتضمن استراتيجيات تعزيز العافية النفسية ن ليسوا دائرة ا طر، واستراتيجيات ن يعانون أو الذين شفوا من مشاكل الصحة النفسية (الإطار ١). و كن الاطلاع على ا زيد ا علومات التقرير الكامل.

الإطار١: تعريف تعزيز الصحة النفسية

تع نشاطات تعزيز الصحة النفسية خلق الظروف البيئة وا جتمع وعند الفرد، يث تكون قابلة للتطور ا ثا من ا وانب النفسانية، وا وانب النفسانية الاجتماعية. مثل ا بادرات ا تكتنف الأفراد عملية قيق الصحة النفسية الإ ابية، و سن نوعية ا ياة، وتضييق التوقع الصحي ب الدول والفئات. وهي عملية كنة التحقيق، و رى بوساطة الناس ومن أجلهم. إن الوقاية من الاضطرابات النفسية كن أن تأخذ با سبان أحد الغايات والنتائج من استراتيجيات أوسع لتعزيز الصحة النفسية (هو ان و جانه-ليوبيز ١٩٩٩).

الوقاية من الاضطراب النفسي

يعزى الاعتلال الصحي النفسي إ ا شاكل الصحية النفسية، والأعراض والاضطرابات، ا تتضمن الإجهاد والأعراض ا تصلة بالضوائق ا زمنة والدائمة. تعمل التدخلات الوقائية على التركيز عوامل الاختطار وإنقاصها، و سن العوامل الواقية ا صاحبة للاعتلال الصحي النفسي. كذلك ة فروق تعريفية دقيقة هذا ا قل. تعرف الوقاية من الاضطرابات النفسية بأسلوب أكثر فهم الإطار ٢

الإطار٢: تعريف الصحة العمومية للوقاية من الاضطرابات النفسية

إن غاية الوقاية من الاضطراب النفسي هو: إنقاص معدلات الانتشار والوقوع والنكسات الاضطرابات النفسية، والوقت الذي ينفق مع الأعراض ا رضية، أو حالة الاختطار بسبب ا رض النفسي، وكذلك الوقاية أو تأجيل النكسات وكذلك خفض أثر ا رض على الشخص ا صاب والعائلات وا جتمع (مرازك وهاج ١٩٩٤).

يرتبط أسلوب الوقاية من الاضطرابات النفسية فهوم الصحة العمومية، ويعرّف "كعملية ريك للموارد الدولية والوطنية وا حلية ل ا شاكل الصحية الك ى ا تصيب ا جتمعات (ديتيلز وزملاؤه ٢٠٠٢)، ويفترض تقرير معهد الطب (مرازك وهاج ١٩٩٤) بأن خطة العمل التدخلات الصحية النفسية من أجل الاضطرابات النفسية ترتكز إ تصنيف الوقاية من الأمراض البدنية (جوردون ١٩٨٣ – ١٩٨٧)، وإ التصنيف ا عهود للصحة العمومية الذي يز ب الوقاية الأولية والثانوية والثالثية. إن التدخلات الوقائية ا ستطبة والانتقائية والشاملة تدخل نطاق الوقاية الأولية تصنيف الصحة العمومية، (الإطار٣)، وأما الوقاية الثانوية فتنشد فيض معدل الاضطرابات أو الأمراض ب السكان (الانتشار) من خلال التقصي ا بكر، ومعا ة الأمراض القابلة للتشخيص. وأما الوقاية الثالثية فتتضمن التدخلات ا تنقص من العجز، و سن التأهيل وتقي من نكسات ا رض ورجعاته. يركز هذا الكتاب على الوقاية الأولية من الاضطرابات النفسية. ويراجع التدخلات العامة والشاملة والانتقائية وا ستطبة، ويهدف لوضع الاستراتيجيات من أجل صناع السياسات، والر يء ا كومي ، وا مارس ، لإدخا ا ع الدول والأقاليم.

الإطار٣: تعاريف الوقاية ا ستطبة الانتقائية والشاملة ال يوصى ا٦

الوقاية الشاملة: تعرف بأنا التدخلات ا وجهة إ الصحة العامة من أجل السكان بأكملهم والفئات ال تستعرف بزيادة الاختطار.

الوقاية الانتقائية: تستهدف الأفراد أو ا جموعات السكانية الصغ ة ا ختطرة من حيث الاضطرابات النفسية بدرجة هامة وأعلى من ا توسط، وال ي هن بيولوجي وسيكولوجي واجتماعي على وجود عوامل الاختطار لديها.

الوقاية ا ستطبة: تستهدف السكان ا رتفعي الاختطار، والذين يُستعرفون بأن م علامات أو أعراض ضئيلة ولكنها ملحوظة، و ا يؤهبهم للاضطراب النفسي ولكن لاتنطبق عليهم ا عاي التشخيصية ذا الاضطراب ذلك الوقت. (مرازك و هاج ١٩٩٤)

ا دود ا شتركة ب الوقاية والتعزيز الصحة النفسية

يرتبط التمييز ب تعزيز الصحة والوقاية ا يستهدفان من نتائج. والغاية من تعزيز الصحة النفسية هو التعزيز الإ ا للصحة النفسية بوساطة زيادة العافية النفسية، وزيادة ا رونة والأهلية، وع خلق الدعم للظروف ا عيشية وا ياتية والبيئية.

تستهدف الوقاية من الاضطرابات النفسية إنقاص أعراض الاضطراب النفسي بالنهاية. وتستخدم استراتيجيات تعزيزالصحة النفسية كواحدة من الوسائل لتحقيق هذه ا رامي. وعندما يهدف تعزيز الصحة النفسية للتحس الإ ا الصحة النفسية ا جتمعات فر ا وز نتائج ثانوية إنقاص معدل وقوع الاضطرابات النفسية. تستخدم الصحة النفسية الإ ابية كعامل قوة واقية ضد الأمراض النفسية، ومع ذلك لا كن وصف الاضطرابات النفسية والصحة النفسية الإ ابية كنهايت تلفت للميزان ا طي، ولكن توصفان كتداخل وكمحتوي مرتبط ببعضهما فهوم وحيد للصحة النفسية (ديتيلز وزملاؤه ٢٠٠٢). غالب ما تتجلى عناصر الوقاية والتعزيز من خلال ال امج والاستراتيجيات نفسها ال تكتنف النشاطات ا تشا٦ة وال تنتج رجات تلفة ولكنها مكملة لبعضها. و ا كان تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية، يتكاملان أساس مع س الصحة النفسية والتأث على طلائعها، فإنه ينبغي فهمهما كسياق متميزين ولكن قاربات وأساليب مترابطة.

تطوير ال اه عن السياسات وال امج الناجحة

ا اجة لا هان

إن الطب اُ رْتَكز إ ال هان والوقاية اُ بَرْهَنة، ينبهان إ استخدام أفضل ا عارف ا تاحة للبحث ا نهجي لا اذ القرار ارسات الصحة العامة و ا مارسة السريرية. أعاد ساكيت الصياغة الأصلية لتعريف الطب اُ رْتَكز إ ال هان (ساكيت وزملاؤه ١٩٩٦)، إن الوقاية اُ بَرْهَنة وتعزيز الصحة هي الاستعمال ا كيم والواضح سب ما ليه الضم لأفضل البينات الشائعة لا اذ القرارات حول التدخلات من

أجل الأفراد، وا جتمعات، والسكان، والا تسهل أفضل النتائج ا مكنة الشائعة، لإنقاص وقوع الأمراض و كـ الناس من زيادة التحكم ا سن صحتهم (هو ان وجانه ليوبيز ٢٠٠٥). يُطلب الضغط ا جتمعي للتقديرات الأفضل لإنفاق الأموال العمومية الإجراءات الوقائية لإنقاص العبء الصحي للمرض النفسي، ويطلب لتقوية ا هان عن ا نافع العمومية وا دوى الاقتصادية ثل هذه التدخلات لضمان ا ساندة ا كومية والدعم العمومي. ويصبح ذلك هام ولاسيما عندما تلك الوكالات ا كومية وغ ا كومية الاً واسع لنشر الإجراءات الوقائية ا ديثة وإدخا ا.

يقدم هذا التقرير اا اه الشائعة عن الوقاية الفعالة من الاضطرابات النفسية لكي ينبه إ استعما ا السياسة وا مارسة والتعزيز للاستثمارات ا ديدة الوقاية. إن التقدم ا ام البحث الوقائي على مدى العقود ا اضية قد غ الشكوك حول إمكانية التوقي من الاضطرابات النفسية. ولقد زادت ا عرفة العلمية حول دور الاختطار ا مكن والعوامل الوقائية تطوير الاضطرابات النفسية والسلوكية ء فترة ا ياة. ولقد أظهرت العديد من الدراسات أن التدخلات الوقائية كن أن تنجح إنقاص عوامل الاختطار وتقوي العوامل الواقية، و كن أن يبدأ ا فاض ا شاكل الصحية النفسية ا دية من حيث البدء والنكس وكذلك تنقص الاضطرابات النفسية عند السكان ا ختطرين.

معاي اا اه

إن الدعوة إ الوقاية أُ بَرْهَنَة وتعزيز الصحة أُ ْرَتَكز إ الدليل قد أطلقت على الصعيد الدو بـ الباحث وا مارس وبـ ا دافع عن تعزيز الصحة وصناع السياسات، ناقشة جودة معاي البينات والا اه . و ب أن يتحرى اا هان العلمي القوي ومعاي اا اه النتاجات الباطلة للتدخلات التجريبية (ا صدوقية الداخلية) أو النتاجات ا توقعة من مثل هذه التدخلات عندما تنفذ شـ الأوضاع والثقافات (ا صدوقية ا ارجية). و ينبغي الاهتمام بالسكان ا ستهدفـ باا هان باتباع أقصى ا عاي ا مكنة.

و الطب أُ ْرَتَكز إ اا هان، فإن التجربة ا عشاة ذات الشواهد مقبولة جد كمعيار ذهـ ، وكأفضل استراتيجية لإنقاص الاختطار الناجم عن النتائج الباطلة للبحث. ولذا فإن البحوث الوقائية و وث تعزيز الصحة اا تعتمد على التجارب ا عشاة ذات الشواهد ا دودية. إن هذا التصميم يلائم بصفة نوعية دراسات التأث ات السببية على مستوى الأفراد باستخدام التدخلات ا عشاة ا حتوى ام ، ومع ذلك فإن العديد من التدخلات الوقائية و وث تعزيز الصحة تتوجه و صفوف أو مدارس أو شركات أو تمعات أو هرات. ولقد استعمل بعض هذه الدراسات للاختيارات العشوائية لصفوف ا دارس وحـ للمدارس كلها، وعلى الرغم من ذلك تعتري مثل هذه التصاميم مشاكل الواقعية و تاج لتأكيد العلاقة بـ البحوث وا جتمعات، ولذا ينبغي للتصميمات الأخرى للبحوث مثل دراسات التجارب غ الكاملة والتصميمات ء مراحل زمنية، أن تؤخذ با سبان أيضـ كاستراتيجيات قيمة لتطوير اا اه ا فيدة هذا ا جال. وقد استعملت هذه الاستراتيجيات البحثية بنجاح على سبيل ا ثال لتقييم أثر التداب السياسية والقانونية لإنقاص تعاطي الكحول والتبغ والعقاق ا حرمة. و العديد من الأوضاع، تعد الدراسات الكيفية ضرورية للتبصـ بعوامل التسهيلات وا عوقات اا تقف وجه تنفيذ اا امج والسياسات

الفعالة، ولذا يرتكز هذا التقرير بالنتيجة إ الدراسات ال استعملت فيها تلف أ اط التصميمات البحثية ذات الشواهد، وال تتضمن البينات وال اه ا ستمدة من التجارب ا عشاة ذات الشواهد عندما تكون متاحة، بالإضافة إ نتائج الدراسات التجريبية غ الكاملة وطرائق البحث الكيفي.
لزيادة عدد ال امج ذات النتائج الإ ابية ا هنة ء التجارب ا ختلفة، ولزيادة الصمودية موجودات الدراسات هذه التقرير، ب تكرارها ء ا جتمعات والدول. تاج مثل هذه الدراسات إ فهم دور التفاوت الشروط الاقتصادية والثقافية الذي يؤدي دور عندما تنفذ التدخلات ا شا ة أوضاع جديدة. وتساعد أيض استعراف التطويرات ا طلوبة مثل هذه الأوضاع للمحافظة على النتائج ال وُجدت وقت سابق. نفذت معظم البحوث الوقائية الشائعة الدول ا تطورة، ولاسيما الولايات ا تحدة الأمريكية. وغاية هذين التقريرين ا ختصر والكامل (هو ان و جانه - ليوبيز و ساكسينا ٢٠٠٥) هي تسهيل الإتاحة والاستعمال للتدخلات ا ُبَرْهَنة وا عرفة الوقائية على امتداد العا . و كن أن تطبق مبادئ العمل على تلف الأوضاع. وهذا ما ينطبق بصفة خاصة على الدول الفق ة ال تنقصها موارد البحوث الوقائية، ولكنها تاج بدرجة عظيمة للتوجه و حل ا شاكل الصحية النفسية العمومية، و تاج مثل هذه الدول للدعم لنقل ال امج الوقائية ا عقولة وا تاحة لتسهيل تطوير الوقاية وا اذ القرار.
ولقد ظهرت أسئلة عديدة واجهة تنامي ال امج الوقائية ا تاحة ا ُبَرْهَنة وا يل العا ي و تطوير ا مارسات الأفضل ء الدول وا جتمعات، وهي الأسئلة حول ا ستوى أو ا عيار لل اه أو البينات ا طلوبة للإتاحة بغية تطويرها أو إعادة تنفيذها أو توسيع ال تنفيذها. ويصعب إ اد القواعد العامة ثل هذه القرارات ال تعد مقبولة وصحيحة ء الدول، ح قد تتحدى الأوضاع ا ديدة والتفاوت الثقا والشروط الاقتصادية ال اه ال طورت مسبقاً. و يوصى عموم بأن تؤخذ با سبان ا صدوقية الداخلية وا ارجية لل هان ا تاح كل حالة، يث ي ر هذا ال هان، أو ب أن يكون ريبي وموجه بطبيعته سب نتائج الدراسات ا ديثة فقط.
إن بناء أسس ال اه من أجل الوقاية هو عملية متدرجة متزايدة، و تطبق ا عاي ا ختلفة لل اه على الأ اط ا ختلفة من القرارات ال ري ا اذها.

القسم الأول: عوامل ا طر ا رتكزة إ الدليل والعوامل الوقائية

مفهوم عوامل الاختطار والعوامل الواقية

تستهدف الوقاية من الاضطرابات النفسية ا حددات السببية التأث ال تؤهب للبدء بالاضطرابات النفسية. تتصاحب عوامل الاختطار مع زيادة إمكانية البدء وبتفاقم وخامة ا شاكل الصحية الرئيسية وزيادة مد ا. وتعزىالعوامل الواقية إ الشروط ال سن من مقاومة الشخص و عوامل الاختطار والاضطرابات. ولقد عرفت بأ نا تلك العوامل ال تعدل استجابة الشخص أو سنها أو تبد ا و بعض ا وادث البيئية ا حيطة به وال تؤهب للنتائج التطورية السيئة(روتر١٩٨٥). وغالب ما تتماثل العوامل الفردية الواقية مع ميزات الصحية النفسية الإ ابية. مثل تقدير الذات، وا رونة العاطفية، والتفك الإ ا ، وا هارات الاجتماعية، وحل ا شاكل، ومهارات تدب الكرب، والشعور بالتفوق. و ذه الأسباب فإن الغاية من التدخلات الوقائية هو ك العوامل الواقية ال تتداخل بقوة مع تعزيز الصحة النفسية.

ة بينة قوية عن عوامل الاختطار والوقاية ومايتعلق ا من تطور الاضطرابات النفسية. كن لكل من عوامل الاختطار والعوامل الواقية أن يكون ا طبيعة فردية وعائلية واجتماعية واقتصادية وبيئية. ويغلب أن يكون ا تأث ات تراكمية بسبب وجود عوامل الاختطار ا تعددة. إن نقص العوامل الواقية والتفاعل ب الأوضاع الواقية وا طرة هو ما يؤهب ريك الأفراد من ا الة الصحية النفسية إ حالة الأفراد السريعي التأثر، ومن و ا شكلة النفسية، و النهاية و الاضطراب الكامل.

إن غاية التدخلات الوقائية من الاعتلال النفسي هو معاكسة عوامل الاختطار وتقوية العوامل الواقية على امتداد ا ياة، وعرقلة العمليات ال تسهم خلل الأداء النفسي. إن العوامل الفردية هي الأشد تأث على اء الاضطراب النفسي، والصحة النفسية تقوي الأثر الوقائي الذي كن توقعه عندما توجه بأسلوب ناجح.

ب التوجه و التدخلات الوقائية ال تكون طيعة وتطوق ا رض النوعي وتشمل عوامل الاختطار والعوامل الواقية. إن عوامل الاختطار الأ ل والعوامل الواقية هي ال تتشارك وتشيع تلف الاضطرابات وا شاكل الصحية النفسية. والتدخلات هي ال كن أن توجه بنجاح إ عوامل الاختطار، ور ا تولد طيف عريض من التأث ات الوقائية، فالفقر وانتهاك الأطفال شائعان الاكتئاب والقلق وتعاطي العقاق على سبيل ا ثال. والتدخلات ال تتوجه بنجاح و الفقر وانتهاك الأطفال كن أن نتوقع تأث ا على هذه الاضطرابات الثلاثة كلها. إن الاختطار النوعي رض ما والعوامل الوقائية هي تلك ال تتعلق – على الأقل – بتطور الاضطراب ا اص، إذ يتعلق التفك السل مثلاً بالاكتئاب بصفة خاصة، والاكتئاب الكب يتعلق بصفة نوعية بالانتحار.

ة عدة علاقات داخلية ماب الصحة النفسية والصحة البدنية، فمثلاً قد يؤدي ا رض القل الوعائي إ الاكتئاب والعكس صحيح. كن ربط الصحة النفسية والبدنية معا من خلال عوامل الاختطار ا شتركة أيضا، فالإسكان السيئ مثلاً يؤدي إ ضعف الصحة البدنية والصحة النفسية . تاج إ الفهم العظيم للعلاقات ب تلف الاضطرابات النفسية، وب الصحة البدنية والصحة النفسية، وإ فهم ا سالك النمائية لعوامل الاختطار الشاملة والنوعية للمرض ال تؤدي لاعتلال الصحة النفسية.

أتيحت بالأصل المعرفة الكافية المُبَرْهَنة حول العوامل الواقية وعوامل الاختطار، لكي تضمن للاستثمارات الحكومية وغير الحكومية تنمية البرامج والسياسات المُبَرْهَنة ونشرها وتنفيذها. إن هذه التدخلات التي تتوجه نحو العوامل الواقية وعوامل الاختطار والتي لها أثر واسع أو التي تشترك بمجال من المشاكل المرتبطة ببعضها، والتي تتضمن المشاكل الاجتماعية والاقتصادية، ستكون أكثر جدوى من الجوانب الاقتصادية، وأكثر جذباً لصناع السياسات وسائر المعنيين.

يحتاج مصممو البرامج وصانعوالسياسات إلى أن يضعوا بالحسبان بأن الاضطراب النفسي النوعي يمكن أن ينجم عن أسباب مختلفة عامة عند الناس المختطرين على اختلاف أنواعهم. ومع ذلك فإن السياسات الصحية العمومية الفعالة ينبغي أن تشمل العديد من التدخلات الوقائية التي تتوجه إلى المسارات السببية عند السكان أصحاب العلاقة المختطرين.

المحددات الاقتصادية والبيئية والاجتماعية

تتعلق المحددات البيئية والاجتماعية الاقتصادية الرئيسية للصحة النفسية بالقضايا الكبرى كالفقر، والحرب، واللامساواة، فمثلاً، غالباً ما يعيش الإنسان الفقير من دون ضمان الحريات الأساسية، وتكون أفعاله وخياراته على الرغم من إرادته. وغالباً ما ينقص الفقراء الطعام الكافي، والملاذ، والتعليم، والصحة. وتجعلهم الحرمان بعيدين عن التحكم بأسلوب حياتهم الذي يعد شيئاً ثميناً لكل الناس (البنك الدولي ٢٠٠٠)، يزداد الاختطار بالنسبة إلى الصحة النفسية عند الناس الذين يعيشون في ظروف اقتصادية واجتماعية سيئة، وكذلك يزداد الاكتئاب، وتنخفض العافية الشخصية والذاتية. (باتيل و جانه ليوبيز ٢٠٠٥). وأما سائر العوامل الكبرى مثل الانتقال إلى حياة المدن، والحروب والنزوح، والتمييز العنصري وعدم الاستقرار الاقتصادي فإنها ذات علاقة بزيادة مستويات الأعراض النفسية والأمراض النفسية. فمثلاً إن الحرب وما ينجم عنها من رضوح تسبب اضطراب الكرب التالي للرضوح (PTSD)، والاكتئاب، والقلق، والاضطرابات المتعلقة بالكحولية (موسيسي و موليكا و وايبس ٢٠٠٥)، بالإضافة إلى بعض الرضوح التي يمكن أن تخلق سرعة التأثر النفسانية عند المنحدرين من الأشخاص الذين تعرضوا للصدمات النفسية والآباء المكتئبين.

يصور الإطار ٤ المجال المحددات الاجتماعية والبيئية والاقتصادية المُبَرْهَنة في الصحة النفسية التي جرت مناقشتها أكثر في كتاب التدخلات الفعالة والخيارات السياسية، وهم كليمانس هوسمان، إيفا جانه – ليوبيس، شيخار ساكسينا، والذي سينشر من قبل مطبعة جامعة أكسفورد في عام ٢٠٠٥.

الإطار٤: ا حددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للصحة النفسية

عوامل الاختطار	*العوامل الواقية*
سهولة ا صول على الكحول والعقاقير ال وح العزلة والانسلاخ نقص فرص التعلم والإسكان وا واصلات ا وار الفاسد الرفض من الزملاء الشروط الاجتماعية السيئة سوء التغذية الفقر التفرقة العنصرية والتمييز ا رمان الاجتماعي التمدن العنف وانتهاك القانون ا رب ضغوط العمل والكرب الناجم عنه البطالة	ا ساعدات دمج أفراد الأقليات الإثنية التفاعل الشخصي الإ ا ا شاركة الاجتماعية التحمل الاجتماعي وا سؤولية الاجتماعية ا دمات الاجتماعية الدعم الاجتماعي ودعم الشبكة ا جتمعية

ا حددات ذات العلاقة بالفرد والأسرة

قد تكون العوامل الواقية وعوامل الاختطار الفردية والعائلية بيولوجية، أو خلقية، أو سلوكية، أو ب الأشخاص، أو ذات علاقة با حيط أو السياق العائلي. ور ا تقوي الأثر على الصحة النفسية الفترات ا ساسة على مدى ا ياة، بل قد يكون ا أثر ع الأجيال، فمثلاً، إن انتهاك الأطفال والاعتلال النفسي الوالدي خلال الرضاعة والطفولة ا بكرة كن أن يؤديان إ الاكتئاب والقلق مستقبل ا ياة، بالإضافة إ الأجيال القادمة، بينما يُنقِصُ ضمان الارتباط العائلي الاجتماعي ودعمه من مثل هذه ا خاطر. إن سلوك الأم ا حفوف با خاطر خلال ا مل وا وادث ا كرهة باكورة ا ياة كن أن تسبب سرعة التأثر النفسية العصبية. وأما ا اعات الزوجية وكذلك الاكتئاب ب الأمهات وا شاكل الكحولية عند كل من الآباء والأمهات فقد تؤهب للاضطرابات السلوكية عند الأطفال.

قد يعا ا سنون الذين يشكون من الاعتلال البد من ال مضاعف من عوامل الاختطار وا شاكل. مثل الأرق ا زمن، وا شاكل الكحولية، وانتهاك ا سن ، وضعف الشخصية وا هارات. وأما بقية عوامل

الاختطار فذات صلة وثقى بالسوابق الفردية ـو ا شاكل والاضطرابات السلوكية / مثل فترات الاكتئاب ا بكرة. وأما اضطراب القلق فيزيد من خطورة الاكتئاب، بينما يزيد الاكتئاب من اختطار ا رض القلـ الوعائي فيما بعد. وأحيانـ قد تتضمن مثل هذه ا سارات السببية تتا اضطراب فرط ا ركية ونقص الانتباه (ADHD). الطفولة ا بكرة، وا شاكل السلوكية الطفولة ا بكرة، واضطراب التصرف خلال مرحلة البلوغ، وا شاكل الكحولية، والاكتئاب مرحلة الكهولة. وهذه بعض الأمثلة فقط عن العوامل الواقية وعوامل الاختطار الا تؤدي دور من خلال الأفراد والعائلات. يصور الإطار(٥) العوامل الرئيسية ا هن عليها والا تبـ أنـا ذات صلة ببدء الاضطرابات النفسية.

ينبغي تزويد ا مارسـ وصناع القرار با عارف عن ا حددات الطيعة ا هن عليها عن الصحة النفسية والاعتلالات النفسية ذات الصلة٦ا. و ة بينة قوية بأن هذه ا حددات الفردية والعائلية والبيئية والاجتماعية والاقتصادية الصحة النفسية قد لاتؤدي إ ال من الاضطرابات وا شاكل الصحية النفسية فحسب، بل إ التصاحب مع ا شاكل الصحية ا سمية. والا تتضمن على سبيل ا ثال، الكسور ا يكلية، ورضوض الرأس، والأمراض الوعائية القلبية، والسرطان، وتشمع الكبد. و يقدم القسم التا ذا الكتاب الدليل والا هان حول ا شاكل الصحية النفسية وا راضة النفسية الا كن أن تعا ء التوجه الشامل ـو العوامل الواقية وعوامل الاختطار من خلال التدخلات الوقائية وتعزيز الصحة النفسية.

الإطار٥: العوامل الواقية وعوامل الاختطار الصحة النفسية

عوامل الاختطار	*العوامل الواقية*
الضعف الدراسي، الفساد ا درسي	القدرة على مكافحة الشدائد والكرب
نقص الانتباه	القدرة على مواجهة ا صائب والكوارث
رعاية ا رضى ا زمن أو ا رضى ا صاب با رف	قابلية التلاؤم والتكيف
إ ال الطفل أو انتهاكه	الاستقلال
الأرق ا زمن	التنبيه ا عر ا بكر
الأ ا زمن	الرياضة
التواصل ا نحرف	مشاعر الأمن
ا مل ا بكر	مشاعر التفوق والسيطرة
انتهاك ا سن	الأبوة ا يدة
عدم النضج الانفعا ، أو عدم التحكم العاطفي	معرفة القراءة والكتابة
التعاطي ا فرط للعقاة وا واد	الزواج ا بكر والروابط الإ ابية
التعرض للعدوان والعنف والرضوح	العلاقة الإ ابية ب الطفل ووالديه
ال اعات العائلية أو فساد العائلة	مهارات حل ا شاكل
الوحدة	السلوك ا ؤيد الاجتماعي
ا رتبة الاجتماعية الوضيعة	تقدير الذات
الاعتلال الصحي	مهارات ا ياة
ا لل العصـ الكيميائي	ا هارات الاجتماعية ومهارات تدب ال اعات
الاعتلال النفسى الوالدي	النمو العاطفي الاجتماعي
تعاطي العقاة الوالدي	تدب الكرب والشدة
ا ضاعفات الفترة ا حيطة بالولادة	الدعم الاجتماعي والعائلي ودعم الأصدقاء
ضعف الشخصية وا هارات	
مهارات العمل وا ياة الضعيفة	
العجز عن القراءة	
إعاقات ا واس، والتعوق العضوي	
انعدام الأهلية الاجتماعية	
حوادث ا ياة الشديدة وكروا	
تعاطي العقاة وا واد أثناء ا مل	

القسم الثا : الاستراتيجيات الرئيسية سبيل إنقاص عوامل ا طر، و سـ نوعية ا ياة

إن تغي التشريعات والقوان ، وتشكيل السياسات، و صيص ا وارد، كن أن يزود الدول والأقاليم بتحسينات جوهرية الصحة النفسية عند السكان. بالإضافة إ إنقاص اختطار الاضطرابات النفسية و سـ الصحة النفسية، ولقد جرى ال هان بأن مثل هذا التغي القانو والتشريعي له تأث إ ا على تنمية ا جتمعات صحي واجتماعي واقتصادي . يراجع هذا القسم بعض الاستراتيجيات الرئيسية الوقائية ال تب أنا سن الصحة النفسية وتنقص من اختطار الاضطرابات النفسية.

سـ التغذية

ة بينة قوية بأن سـ التغذية والتنمية الاجتماعية والاقتصادية للأطفال ا حروم كن أن تؤدي إ النماء ا عر الصحي، و سـ النتائج التعليمية، وإنقاص الاختطار الاعتلالات الصحية النفسية، ولاسيما عند الأشخاص ا ختطرين أو الذين يعيشون ا جتمعات الفق ة. إن اذج التدخلات الفعالة هي ال تتضمن ا كملات الغذائية، ومراقبة النمو وتعزيزه، مع هذه النماذج ماب التدخلات التغذوية (مثل ا كملات الغذائية) مع الرعاية النفسية الاجتماعية وا شورة. وقد اقترحت طط النمو (ال تسجل الوزن عند الطفل مقابل الوزن ا توقع) أيض لكونا ذات جدوى اقتصادية. بالإضافة إ ذلك يؤدى اليود دور رئيسيـ الوقاية من التأخر العقلي والبد وضعف القدرة على التعلم. ولذا فإن برامج التزويد باليود ال تضع اليود ضمن ملح الطعام قد ضمنت حصول الأطفال على ا ستويات الكافية من اليود . وأدت ا هود العا ية مثل تلك ال تدعمها اليونيسف إ استعمال ا لح ا يودن من قبل ٧٠٪ من ا نازل العا ، ا وقى حوا ٩١ مليون وليد من عوز اليود، وقد وقى على و غ مباشر من ا شاكل الصحية والنفسية والعقلية ذات الصلة ڪذا العوز.

سـ السكن

استعمل السكن السيء كمؤشر عن الفقر ولقد استهدف سـ الصحة العمومية وإنقاص عدم ا ساواة الصحة، وتوحي إحدى ا راجعات ا ديثة للأثر التحسي للسكن السيء بتأث ات واعدة على النتائج الصحية النفسية والبدنية. وال تتضمن التحسينات التقارير الذاتية عن الصحة النفسية وا سدية، و الإجهاد الصحي النفسي، بالإضافة إ التأث ات الاجتماعية الإ ابية الأوسع على عوامل مثل إدراك السلامة، وا ر ة، وا شاركة ا جتمعية والاجتماعية.

زيادة فرص التعليم

يُعد ا فاض نسبة من يستطيع القراءة والكتابة وا ستويات ا نخفضة من التعلم مشاكل اجتماعية رئيسية العديد من الدول، ولاسيما جنوب آسيا والدول الأفريقية الواقعة جنوب الصحراء، و يل هذا ا شكلة للشيوع أكثر عند النساء. د نقص التعليم بشدة من قدرة الأفراد على الوصول إ ا ؤهلات

الاقتصادية. بينما صل مكاسب رائعة من سـ مستويات التعليم معظم الدول من خلال الـ امج التعليمية الـ تستهدف الأطفال، و ة جهود أقل تتوجه و الأمية الكبار. ويتوقع أن تكون غاية هذه الـ امج سـ مستوى القراءة والكتابة ولاسيما بـ البالغ ا ستهدفـ ، ور ا يكون ا منافع ملموسة إنقاص الإجهاد النفسا وتعزيزالصحة النفسية، لاحظت البحوث ا غرافية الإثنية ا ند، مثلاً، أن برامج القراءة والكتابة كانت ا نتائج يعتد ا إحصائيـ مابعد اكتساب ا هارات النوعية. وبوساطة جلب النساء معـ إ الأشكال الاجتماعية ا ديدة الـ زودٮم با علومات حول الأفكار من تلف بقاع العا ، ولقد كانت الصفوف فز بقوة التغيـ الاجتماعي. واكتسبت النساء والفتيات الفقـ ات الإحساس بالفخر والتباهي، والتقدير الذا والتصميم بوساطة ا شاركة ا عسكرات وا خيمات كمدرسات متطوعات، كان الأثر الصحي النفسي متوسط من خلال عدد من ا سالك الـ تتضمن اكتساب ا هارات العددية ا سابية الـ تنقص من اختطار تعرضهن للغش، وزيادة الثقة بالتعبـ عن حقوقهن ا اصة، وإنقاص ا واجز اغتنام الفرص. ولقد تصاحبت هذه النتائج كلها بالوقاية من الاعتلال الصحي النفسي ونقص اختطار الاضطرابات النفسية.

ولقد أشارت البينات أيضـ إ اح ا بادرات الـ استخدمت ا عونات ا الية سر ا وة بـ ا نسـ التعليم (البنك الدو ٢٠٠٠)، فمثلاً، التقييم الأو لإحدى ا دارس ا ؤسسة والـ تدفع الرواتب بنغلادش عام ١٩٨٢، كان تسجيل البنات ا درسة الثانوية حوا ٢٧٪ - ٤٤٪ على مدى س سنـ ، أي أكثر من ضعفي ا توسط الوطـ . ولقد بينت دراسات التقييم الباكستان أن سـ فرص الوصول الفيزيائي إ ا درسة، وذلك ءـ الإعانات ودعم تكاليف التصميم الثقا ا لائم كن أن يزيد دة من تسجيل البنات التعليم. يزيد التعليم الأفضل من ا عرفة النسائية والكفاءات الثقافية والعاطفية وتوقعات العمل، وكذلك فقد ينقص من اللامساواة الاجتماعية، وينقص من اختطار العديد من الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب.

انقاص عدم الأمان الاقتصادي

تعد الديون العديد من الدول النامية إ أ اك القرش الدائنة مصدر للكرب والقلق الذي ينهشها والذي كن أن يؤدي إ أعراض الاكتئاب والاضطرابات النفسية والانتحار، ولقد طورت ا نظمات غـ ا كومية مثل BRAC بنغلادش برامج من أجل التخفيف من الفقر والـ تستهدف التسهيلات ا صرفية، وا ساواة بـ ا نسـ ، والرعاية الصحية الأساسية، والتغذية، والتعليم، وقضايا حقوق الإنسان. وإن التمويل والقروض وتوفـ ا وارد هذه الأوضاع ر ا ينقص من اختطار الاعتلال النفسي بـ ع السبب الرئيس للكرب، الذي ثله التهديد من قبل الدائن غـ الر ى. ولقد أشار تقييم BRAC لـ امج التخفيف من الفقر، الـ تصل إ ا لايـ من الناس الأشد فقر بنغلادش، إ أن العافية النفسية أصبحت أفضل عند النساء اللا شاركن مع BRAC أكثر من النساء اللوا يشاركن.

تقوية النسيج الاجتماعي

ركزت العديد من التدخلات ا جتمعية على الإجراءات ا تنمي وتقوي وتبـ الاحساس با لكية وا سؤولية الاجتماعية من خلال العضوية ا جتمعية. ونضرب مثالاً على ذلك (برامج CTC) ا أدخلت بنجاح عدة مئات من تمعات الولايات ا تحدة الأمريكية، وتكررت بعد أن جرى اعتمادها هولندا، وانكلترا، واسكوتلندا وويلز وأستراليا. إن نظام تشغيل برنامج الوقاية CTC هو الاستراتيجية ا جربة حقلي لتنشيط ا جتمعات على تطبيق نظم الوقاية من العنف والعدوانية. تساعد هذه الاستراتيجية استعمال البيانات ا حلية عن العوامل الواقية وعوامل الاختطار لاستعراف ا خاطر وتطوير الأعمال. وتتضمن التدخلات ا تعمل تلقائي و ستويات ذات أصداء متعددة، إذ إن ا جتمع (مثلاً ريك وسائل الإعلام، وتغي السياسة) وا درسة (تغي بنيان ا مارسات الإدارية ا درسية أو ا مارسات التعليمية)، والعائلة (مثلاً استراتيجيات تدريب الآباء) والأفراد (مثلاً استراتيجيات القدرة الاجتماعية). تدعم استراتيجية CTC ا جتمعات لاختيار ا امج ا وجودة أُ بَرْهَنَة وتنفيذها ا ينسجم مع مرتسم الاختطار تمعاٮا. وحـ الآن فقد جرى تقييم نظام CTC الولايات ا تحدة الأمريكية، بوساطة تصميم قبلي وبعدي وبا قارنة مع قاعدة البيانات ا تضم حوا ٤٠ تمع كل من ا قول ا ختـ ة. ولقد أشارت هذه التقييمات إ التحسن النتائج عند الشباب، ولقد تضمنت على سبيل ا ثال ا فاض ا شاكل ا درسية (٣٠٪)، وا فاض ل السلاح (٦٥٪) وا فاض السرقة (٤٥٪)، وا فاض مشاكل العقاق (٢٩٪) وا فاض ٮم الاعتداءات (٢٧٪).

إنقاص أضرار إدمان العقاق وا واد

الضرائب، وإنقاص الإتاحة، وحظر الإعلانات

تتضمن التدخلات ا نتظمة الفعالة على إدمان العقاق ا كن أن تنفذ على ا ستويات ا حلية والوطنية والدولية والإقليمية: ضرائب ا صول على العقاق ، وا ظر الكلي للإعلانات ميع أشكا ا ا باشرة وغ ا باشرة. كن أن تؤدي هذه السياسات إ الوقاية من الاضطرابات النا ة عن تعاطي هذه ا واد وإ إنقاص أضرار إدمان العقاق .
إن الثمن أو السعر هو أحد أهم ا حددات تعاطي الكحول والتبغ، وتنقص زيادة الضرائب ا ترفع من سعر التبغ ١٠٪ كلاً من انتشار منتجات التبغ واستهلاكها وا ٥٪ الدول الغنية، وحوا ٨٪ الدول ا توسطة الدخل. و صل ما يشبه ذلك التبغ، إذ إن زيادة مقدارها ١٠٪ السعر كن أن ينقص الاستهلاك ا ديد للكحول وا ٧٪ الدول الغنية. ومع أن البيانات دودة جد ، ينخفض الاستهلاك الدول الفق ة وا ١٠٪. وإضافة لذلك، فإن زيادة الضرائب على الكحول تنقص معدلات وقوع الأمراض الكبدية الكحولية ا نشأ وتنقص معدلات انتشارها، وتنقص من حوادث ا رور، وتنقص سائر الرضوح ا تعمدة وغ ا تعمدة، مثل العنف العائلي، وينقص الأثر النفسي الصحي السلـ الناجم عن استهلاك الكحول.

إن التشريعات والقوان ال تزيد من ا د العمري الأد لتعاطي الكحول تنقص من مبيعات الكحول وا شاكل ب الشارب الشباب، ويتصاحب ا فض ساعات البيع وأيامه و عدد ارج الكحول و تقييد طرق ا صول على الكحول مع النقص استعمال الكحول وا شاكل الكحولية عموم . وأما تقييد التدخ الأماكن العمومية وأماكن العمل ا اصة فيمكن أن ينقص من معدل انتشار التدخ (وا ٤-٦٪) ومن ا توسط اليومي لاستهلاك السجائر ب ا دخن (وا ١٠٪).
كن أن ينقص ا ظر الشامل والكامل للإعلانات عن التدخ من استهلاك التبغ بأكثر من ٦٪، بينما سيكون ا ظر ا حدود لإعلانات التبغ ضئيل الأثر أو بلا أثر البتة. و الدول ال تسمح بالإعلان عن الكحول والتبغ يرتفع معدل الاستهلاك فيها وا ١٦٪ عن غ ها، ويزداد ا وت الناجم عن حوادث ا ركبات وا ١٠٪ عن غ ها من الدول ال لاتسمح بالترويج ذه ا واد.

إنقاص التدخ واستعمال ا واد والعقاق وا سكرات خلال ا مل

ة بينة قوية عن الأثر السل لاستعمال التبغ والكحول والعقاق أثناء ا مل، وعن العلاقة مع ا داج والولادة ا بتسرة، ونقص وزن الوليد، والوفيات الفترة ا حيطة بالولادة وا شاكل الآجلة النماء العاطفي وا عر والعص (مثل الذكاء ا نخفض، واضطراب فرط ا ركة ونقص الانتباه ADHD واضطرابات التصرف، وضعف الإ از ا درسي) ولقد عرف نقص وزن الولادة وا داج كعوامل اختطار؛ وكنتائج ضائرة للصحة النفسية والاضطرابات النفسية. وعموم يتصاحب تعاطي ا واد ا سكرة وا خدرات من قبل الأم مع الذرية ال تعتمد على ا واد فترة ا راهقة وفترة الشباب. كن أن يكون لل امج التربوية ال تنبه النساء ا وامل للامتناع عن استعمال ا واد؛ فوائد بعيدة ا دى على الصحة النفسية. فعلى سبيل ا ثال، فإن١٥دقيقة من التدخل السلوكي للمدخنات ا وامل يظهر زيادة قدار ٦٪ من الانقطاع عن التدخ . ولقد حصل أطفال الأمهات اللوا تركن التدخ على زيادة الوزن عند الولادة قدار ٢٠٠ غرام ، وتزيد التوبة عن التدخ من وزن ا واليد وا نصف هذا ا قدار.

القسم الثالث: إنقاص الضغط والكرب، وتعزيز ا رونة و سينها

تعزيز البدء با ياة الصحية

ة بينات وافرة بأن الـ امج التدخلية ا بكرة تقوي الاستراتيجية الوقائية. تتوجه الـ امج الأ ح إ عوامل الاختطار والعوامل الواقية باكورة ا ياة وتستهدف الأطفال كفئة من السكان ا ختطرين، ولاسيما العائلات الفق ة أو غ ا تعلمة. وتتضمن هذه الـ امج التدخلات ا لية خلال ا مل والإرضاع، وكذلك ا هود لإنقاص التدخ أثناء ا مل، والتدريب على التدب الوالدي الأبوي، والـ امج ماقبل ا رحلة ا درسية.

التدخلات ا لية أُمْرَتَكز

ة بينات بأن التدخلات ء الزيارات ا لية أثناء ا مل، والطفولة ا بكرة، الـ تتوجه إ بعض العوامل مثل التدخ الأمومي، وضعف الدعم الاجتماعى، وا هارات الوالدية والتدخلات الوالدية-الطفولية ا بكرة، قد أظهرت الأ ية على الصحة العمومية كنتائج اقتصادية واجتماعية وصحية. والـ تتضمن التحسن الصحة النفسية الـ تشمل الأمهات والولدان، والاستعمال الأقل للخدمات الصحية والنقص الطويل الأمد ا شاكل السلوكية بعد ١٥ عام ، ولقد أظهرت الـ اهـ أيض بأن مثل هذه التدخلات كن أن يكون ا جدوى اقتصادية، ولاسيما عندما تؤخذ النتائج الآجلة با سبان.
إن برامج الزيارات ا لية للوالدين والأطفال مثال فعال عن مثل هذه الـ امج (انظر التفاصيل الإطار٦)

الإطار٦: برامج الزيارات ا لية للوالدين والأطفال

ثل هذه الـ امج ا ثال الأ ح عن الفائدة أُمْبَرهَنة من الزيارات ا لية. يتضمن الـ نامج فترة سنت من الزيارات ا لية من قبل رضات مدربات، ويركز على ا وامل ا راهقات الفق ات اللوا لن للمرة الأو ، ولقد أظهرت التجارب ا عشاة ذات الشواهد الفوائد عند الولدان حيث قل عدد الولدان الناقصي الوزن (بلغت زيادة الوزن أكثر من٤٠٠غرام)، وا فض عدد الولادات ا بكرة وا ٪٧٥، وا فضت الزيارات الإسعافية إ النصف، وخففت بدرجة يعتد ٦ا إحصائي من انتهاك الأطفال ب النساء ا راهقات ا تزوجات، وعلى مدى السن الأربع التالية كان الأطفال أقل تلقيا للعقوبات من ِقبل أمهاٍ٦م، وزاد عمل الأمهات حوا ٪٨٢. وجرى تأجيل الطفل الثا لأكثر من١٢شهر ، وحصل أطفا م على أحراز أعلى من حاصل الذكاء IQ. و عمر١٥سنة كن أقل تسجيلاً لسوء التدب ، وكان الأطفال أقل وا ٪٥٦ لاحتمالات تعاطى الكحول، وكذلك فيما يتعلق بتوقيفهم من قبل الشرطة، وأقل وا ٪٨١ فيما يتعلق بالإدانة، ونقص عدد القرناء ا نسي وا ٪٦٣، وكانت العائلات أفضل نهاية الأمر ونقصت التكاليف ا كومية على مثل هذه العائلات بأكثر من تكاليف الـ نامج.

ولقد تكررت هذه التدخلات بنجاح اثل تمع آخرين الولايات ا تحدة الأمريكية، ولقد تبنت بعض الدول الأوربية هذا الا نامج حديث . وكانت ا مرضات أكثر فعالية مع الأمهات اللوا كن أكثر إصابة بالأعراض النفسية والضوائق، غالب ماتستفيد هذه العائلات من الا امج النوعية الا كن أن تتوجه اجاتها العديدة. و تكن كل برامج الزيارات ا لية الا تضم ا مرضات والعامل صحة ا جتمع فعالة، ولذا فقد كانت ا اجة شديدة لاستعراف ا كونات الفعالة الا امج ا ؤثرة، ولاستعراف ما يعرقل التأث ، وعلى سبيل ا ثال حصلت ا مرضات الزائرات للمنازل على نتائج أفضل من ا هني ا ساعدين برنامج الزيارات ا لية الفترة ا حيطة بالولادة والرضاعة، ولو تكن ا ال هكذا دوم . كن أن يكون استعمال ا وارد ا جتمعية استراتيجية فعالة. و كن على سبيل ا ثال أن تكون برامج الزيارات ا لية مفيدة ولاسيما الدول والفئات السكانية الفق ة بسبب الأمية أو القيود على ا صول على الرعاية الصحية أو ا علومات. ولايوجد بديل الدول النامية إلا بتدريب عمال ا جتمع العامي لدعم العائلات وا صول على خ ات لابأس بها من العمل الكث . وبا صول على التدريب الكا كن ذه التدخلات أن تثمر، وما زلنا اجة للمزيد من النتائج البحثية هذا ا جال.

التربية والتعليم ماقبل ا درسة والتدخلات الوالدية

أحدثت الا امج ا جتمعية عند العائلات ا رتفعة الاختطار ذات الأطفال الصغار نتاجات إ ابية. وتضمنت الا امج الشاملة ما قبل ا درسة مثل برامج القراءة العائلية، وعيادات الاستقصاء الصحي، والاستجمام ا نظم والا امج التلفزيونية الا تعلم ا هارات البدئية للقراءة والقيم العاطفية الاجتماعية.

حسنت التدخلات الانتقائية ا بكرة الا تستهدف أطفال الأقليات والعائلات الفق ة الوظائف ا عرفية وا هارات اللغوية والكلامية؛ والنماء ا عر ، والإ از الأفضل والإ ام ا درسي، وقللت من ا شاكل السلوكية. إن أحد ا شاريع (مشروع الشراب العا النطاق ما قبل ا درسة) على سبيل ا ثال، كان نافع د الأعمار١٩و٢٧عام حيث نقص عدد مرات التوقيف من قبل الشرطة حوا ٤٠٪ على مدى ا ياة، وحققت الاستثمارات ا كومية فيه سبعة أضعاف العائدات الاقتصادية.

لقد بُرهن أن نقص الوزن عند الولدان هو أحد عوامل الاختطار النقائص السلوكية وا عرفية، والفشل الازدهار، وا شاكل ا عرفية مستقبل ا ياة، والضعف الدراسي وا شاكل ا درسية وزيادة اختطار الاضطرابات النفسية والسلوكية. ولقد أُظهرت مرار الفعالية الوقائية للتدخلات ا لية أُمْزَتكز وتوليفاتها مع الا امج ماقبل ا درسة، مثل برنامج تطوير صحة الطفل الا تستهدف الأطفال الناقصي الوزن عند الولادة أو أمهات الأطفال ا تخلف عقلي خلال الطفولة للعمر مافوق الثالثة من العمر، وذلك من حيث ا بوط ا ام حاصل الذكاء السن الأربعة أو ا مسة الأو من ا ياة، والا تتضمن مستويات التخلف العقلي. ولقد أكدت التقارير من الأمهات أيض ا فاض ا شاكل السلوكية. ولقد أظهرت برامج الرعاية اليومية للأطفال ا ختطرين نتائج إ ابية مشابهة تتضمن هبوط واسع درجات الفشل ا درسة الابتدائية.

وكذلك أظهرت برامج تدريب الآباء على التدب العلاجي تأث ات وقائية هامة إحصائيا.وعلى سبيل

ا ثال وفّر برنامج "السنوات ا دهشة، ويبستر-ستراتون" التدخلات السلوكية أُمْرَكَز ا تزيد من التآثرات والتداخلات الإ ابية وخفف حلقات التداخل والتآثر القسري ب الطفل والأبوين، وحسن سلوك حل ا شاكل عند الطفل وحسن الوظيفة الاجتماعية عنده، وخفف اضطرابات التصرف ا ل وا درسة. ولقد استعمل ا نامج شرائط الفيديو لصياغة الطرائق ا تتضمن اذج من الآباء، ومعلمي ا دارس، والأطفال. و ة مثال فعال آخر هو برنامج الباءات الثلاثة (برنامج الأبوة الإ ابية PPP أي Positive Parental Programme)، ولقد مثل هذا التدخل جيلاً جديد من برامج التداب العلاجية الوالدية ا تعددة ا ستويات ا تتضمن الاستراتيجيات ا ستبطة والشاملة والانتقائية. و تابعة إحدى الدراسات ذات الشواهد، كان الآباء يشاهدون شرائط الفيديو عن الأبوة، ا تعكس برنا تلفزيوني من ط "INFOTAINMENT"، وا سجلت ا فاض هام السلوكيات ا مزقة وزيادة الثقة الوالدية.

إنقاص انتهاك الأطفال وإ ا م

نُفذت العديد من النشاطات الوقائية للوقاية من انتهاك الأطفال أو لتجنب تكراره. ولقد حقق طان من الاستراتيجيات السابقة واللاحقة بعض الفعالية و ا: برامج الزيارات ا لية للأمهات ا رتفعات الاختطار للوقاية من الانتهاك ا سدى للأطفال وا هما ، وبرامج الدفاع عن النفس عند الأطفال بعمر ا درسة للوقاية من الانتهاك ا نسي عندهم.

التدخلات ا لية أُمْرَكَز

أظهرت برامج الزيارات ا لية ا اح بتخفيض عوامل الاختطار عند الأطفال الذين يتعرضون للمعاملة السيئة، ولقد زود برنامج الزيارة ا لية للأطفال والوالدين (انظر الإطار٦ السابق) بالـ هان ء دراسة معشاة ذات شواهد عن ا فاض الانتهاك ا سدي للأطفال. أول سنت من ا نامج، ولقد أظهرت الأمهات ا راهقات غ ا تزوجات ا الات الوقائية هبوط قدار٨٠٪ من ا الات ا ثبتة لانتهاك الطفل أو إ اله، وعلى مدى١٥عام ظهر ا بوط وا ٤٦٪ ب كامل عينة الأمهات ا ختطرات اللوا شاركن ا نامج. ولقد أظهرت هذه النتائج أن الوقاية من انتهاك الأطفال كن أن يوجه بنجاح ذلك ا نامج الذي يستهدف عوامل الاختطار ا شتركة وا تعددة النتائج.

استراتيجيات الدفاع عن النفس

إن الغرض الرئيسي من برامج الدفاع عن النفس هو تزويد الأطفال با عارف وا هارات ا علهم قادرين على وقاية أنفسهم من الاحتيال. ولقد نفذت هذه ا امج ا درسية أُمْرَكَز بكثرة الولايات ا تحدة الأمريكية ا راحل ا ختلفة للمدارس الابتدائية، وأظهرت التجارب ذات الشواهد مرار بأن الأطفال الذين شاركوا مثل هذه ا امج كانوا أكثر معرفة ومهارة الفصول الدراسية با قارنة مع

رفقائهم الذين ضعوا ذه ال امج. ومع ذلك فلا توجد بينة متاحة ح الآن تظهر فيما إذا حصل أي نقص نسبة انتهاك الأطفال كنتيجة ل امج الدفاع عن النفس.

التلاؤم مع العلل النفسية الوالدية ومكافحتها

ثل الأطفال ا ولودين من آباء أو أمهات مصاب باعتلالات أو اضطرابات نفسية أو ا تعاط للعقاق أحد أكثر ا مهرات ا رتفعة الاختطار للمشاكل النفسية. إذ يتعرض الأطفال ا ولودين من آباء أو أمهات مصاب بالاكتئاب على سبيل ا ثال لاختطار الإصابة بالاضطراب الاكتئا بنسبة ٥٠٪ قبل بلوغهم سن العشرين، و ة بينات مقنعة بأن الانتقال بالطفرة للاضطرابات النفسية، ولاسيما الاضطرابات الاكتئابية واضطرابات القلق، هو نتيجة للتداخلات ب عوامل الاختطار الاجتماعية والنفسانية والبيولوجية وا ينية منذ باكورة ا مل والطفولة. حصل تطور واسع على مدى ١٥سنة من البحوث الولايات ا تحدة الأمريكية واوربا وأستراليا التدخلات ال تهدف للوقاية من الانتقال بالطفرة بتوجيه عوامل الاختطار والعوامل الواقية عند الأطفال وعائلاتهم، تتضمن التوجه و قضايا معرفة العائلات حول هذه الاعتلالات، وا رونة النفسانية عند الأطفال والتداخلات والتآثرات العائلية ب الأطفال ووالديهم، والوصمة وشبكة الدعم الاجتماعي. واستهدفت بعض التدخلات التآثرات ا بكرة ب الأطفال والآباء، واستعملت تدخلات أخرى ا قاربة العائلية الشاملة خلال الطفولة وباكورة ا راهقة، أو التركيز على الأطفال ا ختطرين أنفسهم.

والنتائج يفة هذه الدراسات ذات الشواهد، على الرغم من أن بعضها قد أظهر نتائج واعدة، ولقد تضمنت دراسات عن برامج الزيارات ا لية خلال السنة الأو بعد الولادة ال تركز على س التآثرات والتداخلات ا بكرة ب الأطفال والآباء، والتقصي اُ ْرتَكز إ ا درسة وبرامج التدخلات ا بكرة ب الأطفال ا عنيد ا صاب بأعراض القلق والآباء القلقد ، وبرنامج التوجيه ا عر جموعة للأطفال ا راهق ا نحدرين من آباء قلقد مصاب ستوى مرتفع من الأعراض الاكتئابية ولكن من دون اضطراب صريح مثلاً، ولقد أظهرت ربة معشاة عن برنامج التوجيه ا عر للمجموعة انتشار الاكتئاب ا ديث والناكس وا ٢٥٪ ا جموعة الشاهدة با قارنة مع ٨٪ فقط من موعة التجربة السنة الأو من التدخل، ونسبة ٣١٪ با قارنة مع ٢١٪ السنة الثانية من ا تابعة على التوا ، ولقد تكررت ا وجودات دراسات سابقة ذات شواهد.

تعزيز ا رونة وإنقاص السلوك ا طر ا دارس

على الرغم من التفاوت مقدار الوقت الذي ينفقه الأطفال ا دارس، فثمة موضع أساسي للاندماج با جتمعي دول عديدة وهو ا درسة، و ا كانت التدخلات ا رشدة واعدة هذه ا واضع ال ينفق فيها الشباب الكث من أوقاتهم، أصبحت ا دارس إحدى أهم الأوضاع للتدخلات الوقائية ولتعزيز الصحة ب الأطفال والشباب.

ة بينة بسيطة بأن ال امج ا درسية اُ ْرتَكز الثانوية أو ا توسطة أو الابتدائية كن أن تؤثر على و إ ا

الصحة النفسية وتنقص من عوامل الاختطار ومن المشاكل السلوكية والعاطفية من خلال التعليم العاطفي الاجتماعي والتدخلات البيئية. تستهدف بعض التدخلات المدرسة كلها كمقاربة متكاملة على عدة سنين، بينما تستهدف تدخلات أخرى جزء واحد من المدرسة (الأطفال مثلاً في صف ما)، أو مجموعة خاصة من الطلاب المستَعرِضين لاختطارهم. إن معظم هذه البرامج المدرسية المُرْتَكِز ذات طبيعة شمولية وتستهدف بنجاح مجالاً من العوامل الواقية وعوامل الاختطار المعينة. ولقد تضمنت النتائج التحسن الدراسي، وزيادة مهارات حل المشاكل، وزيادة القدرة الاجتماعية، إضافة إلى إنقاص مشاكل الاستبطان (أي اقتباس الإنسان مثل مجتمعه) والتخارج (أي الميل لإدراك العالم الخارجي المتعلق بالذات)، مثل الأعراض الاكتئابية، والقلق، والإرعاب، وتعاطي العقاقير، والسلوك غير الملائم.

برامج بناء المهارات العامة

إن برامج بناء المهارات العامة في المدارس المتوسطة والابتدائية مثل "برنامج أستطيع حل المشكلة"، يمكن أن يحسن على نحو يعتد به إحصائياً من قدرات حل المشاكل المعرفية، وينقص من الإحباط أوالاندفاعية، ولقد أدى برنامج زيادة إدراك المشاكل الاجتماعية وحلها إلى تحسن مقاومة الضوائق ذات الصلة بالانتقال إلى المدرسة المتوسطة، وإزاء النقص العام في المشاكل السلوكية على مدى ٦ سنين من المتابعة. إن برنامج استراتيجيات التفكير التعزيزية البديلة (PATHE) هو مثال آخر للبرنامج الذي جرى في العديد من التجارب المعشاة ذات الشواهد التي برهنت على التحسن في المعرفة الانفعالية ومهارات حل المشاكل وأنقصت من مشاكل الاستبطان (أي اقتباس الإنسان مثل مجتمعه) والتخارج (أي الميل لإدراك العالم الخارجي المتعلق بالذات). إن برامج بناء المهارات المدرسي المُرْتَكِز الذي سُخِرَ من أجل تلاميذ المدارس الثانوية والمتوسطة غالباً ما استعمل برنامجي الوقاية من استعمال العقاقير والوقاية من الاعتلالات النفسية، ولاسيما عندما يسخر"حل المشكلة" لتوجيه هذه القضايا.

تغيير البيئة المدرسية

تحاول التدخلات الوقائية التي تركز على المحيط والبيئة أن تتوجه إلى متغيرات السياق والمحتوى في محيط الطفل أو المدرسة كوسائل لتحسين الوظيفة السلوكية والانفعالية، وللوقاية من الأعراض أو النتائج السلبية الأخرى أو لإنقاصها. وكما راجع التقرير الكامل، فإن بعض هذه النتائج قد نجحت في إعادة بناء البيئة المحلية والتأثير على مناخ الصف ومناخ المدرسة، على سبيل المثال أظهرت العديد من الدراسات المعشاة ذات الشواهد في الولايات المتحدة الأمريكية وهولندا، عن لعبة السلوك الجيد - وهو برنامج يعزز السلوك الإيجابي وينظم المطاوعة في الصف من خلال التعزيز - انخفاض يعتد به إحصائياً في السلوك العدواني لأكثر من ٥ سنين بعد التدخل عند أولئك الفتية المصابين بالعدوانية المتوسطة أو الشديدة للحدود القاعدية.

ال امج ا تعددة ا كونات

إن ال امج الوقائية ال تعتمد على ا قاربة ا درسية الشمولية، مثل تغي البيئة ا درسية بالإضافة إ س ا هارات الفردية عند الطلاب والآباء ا كتنف ، كانت أكثر فعالية من ال امج ا تعددة ا كونات ال تتضمن ربط برنامج ا درس والعائلات، الذي برهن على خفض عدوانية التلاميذ، ولاسيما الأشد اختطار ، وعلى و متطور تلاه مشروع سياتل للتطوير الاجتماعي ا تعدد ا كونات الذي أدى إ الربط القوى ا ام با درسة، وإ التحسن الإ از ا سجل ذاتيا وإ فيف السلوك ا درسي السيئ.

التعامل مع العائلات ا مزقة

إن ا راهقات ا نحدرات من أبوين مطلق يتعرضن لأعلى مستويات من ا مل أثناء ا راهقة، والزواج ا بكر، والتسرب ا درسي، والسلوك غ ا لائم، وتعاطي العقاق ومشاكل الاستبطان (أي اقتباس الإنسان ثل تمعه) والتخارج (أي ا يل لإدراك العا ا ارجي ا تعلق بالذات). والنقص القدرات الأكاد ية والاجتماعية والعلاقات التعيسة ا رتفعة الاختطار والطلاق وا وت ا بكر، ويسبب موت الوالدين ا زيد من أعراض القلق والاكتئاب ويتضمن ذلك الاكتئاب السريري وا زيد من ا شاكل ا درسية وضآلة النجاح الدراسي.

ولقد استعملت طريقتان منهجيتان (FORMATE) للتدخلات على الأطفال ا نحدرين من أبوين مطلق : و ا برامج تركز على الطفل وبرامج تركز على الأبوين. تدرس ال امج الفعالة ا درسية ا ُرتَكز (مثل موعة دعم الأطفال،برنامج التدخل عند أطفال ا طلق) مهارات ا قاومة السلوكية ا عرفية النوعية (مثل مكافحة الغضب، حل ا شكلات، التواصل) وتر التعرف على ا شاعر والتعب عنها، بالإضافة إ شاكلة ا جموعة ال تزود بالدعم الاجتماعي وتنقص من العزلة والوصمة والعار. ولقد أظهرت التجارب ا عشاة أن الأطفال ا شارك (الفئة العمرية٨-١٢سنة) قد أبدوا أعراض اكتئابية ومشاكل سلوكية أقل سنة واحدة من ا تابعة. ولقد استهدفت ال امج الوالدية ا ُرتَكز مهارات الأبوة والتعامل مع ا شاعر بنجاح ا حسن نوعية العلاقة ب الأم والطفل والانضباط الفعال وأنقص من مشاكل الاستبطان (أي اقتباس الإنسان ثل تمعه) والتخارج (أي ا يل لإدراك العا ا ارجي ا تعلق بالذات) عند الأطفال. ولقد كشفت دراسة معشاة توبعت دة ٦ سن لطيف من التأث ات الطولانية، ال تتضمن الا فاض ا ام الاضطرابات النفسية، كنتيجة لل نامج الذي يتوجه و الأمهات والأطفال. وبا تابعة فإن١١٪ من ا راهق ا جموعة ا اضعة للدراسة قد حازوا سنة واحدة على تشخيص الاضطرابات النفسية، با قارنة مع ٢٣٪ من ا جموعة الشاهدة، بالإضافة إ ا فاض مشاكل التخارج (أي ا يل لإدراك العا ا ارجي ا تعلق بالذات)، ال وجدت عند هؤلاء ا راهق ا صاب زيد من ا شاكل النفسية البدئية.

وقد طُورت العديد من التدخلات للتوجه إ متطلبات الأطفال الذين يفتقدون الأبوة، ولكن قلّما اخت ت التجارب ا يدة ا عشاة ذات الشواهد. أظهرت مقاربة ا جموعة ا تعددة مع ا جموعات ا نفصلة وقت واحد مع عند الأطفال وا راهق ومقدمي الرعاية الأحياء نتائج واعدة. وقد عززت

ا جموعات بنجاح العوامل ال تصاحبت مع أفضل نتائج الصحة النفسية للأطفال ا حروم ، وال تتضمن العلاقات الوالدية الطفولية الإ ابية وا قاومة وتقد الرعاية الصحية النفسية والانضباط والتشارك ا شاعر. كان لكل من ال نا اللذين يركزان إما على الطفل أو الوالدين تأث ات أقوى على الأطفال الذين كانوا أكثر اختطار ، أي الذين أظهروا الأعراض السابقة لبداية ال نامج.

التدخلات مكان العمل

يؤهب العمل مصدرين رئيسي للضوائق ال قد تسهم ضعف الصحة النفسية و ا إجهاد العمل والبطالة، كن أن تزيد مثل هذه الضوائق معدل وقوع الاكتئاب والقلق والغيظ، وا شاكل الكحولية، والاعتلالات القلبية الوعائية والسلوك الانتحاري.

إجهاد العمل

كن أن توجه التدخلات مباشرة و كل من زيادة قدرة العامل أو ا وظف على ا قاومة أو لإنقاص الضوائق والشدائد بيئة العمل لإنقاص إجهاد العمل. و ة ثلاثة أ اط من الاستراتيجيات ال توجه و ظروف العمل وهي: ١- ا همة والتدخلات التقنية (مثلاً: إغناء العمل، والتحسينات التلاؤمية مكان العمل ERGONOMIC، وإنقاص الضجيج، و فيف عبء العمل) ٢- س الدور وتوضحيه والعلاقات الاجتماعية (مثلاً التواصل، وحل ال اعات) ٣- التدخلات و التغي ات العديدة لكل من ا وظف ووظائفهم. على الرغم من وجود التشريعات الوطنية والدولية ال ترم البيئة النفسية للعمل وال تؤكد على تقييم الاختطار وتدب ه، فإن معظم ال امج تهدف إ إنقاص التقييم ا عر للضوائق وتأث اتها التالية، أكثر من إنقاص الضوائق نفسها أو التخلص منها.

الإطار٧: برنامج دعم مقدمي الرعاية: التدخل إجهاد العمل لزيادة مصادر مقاومة ا ستخدَم أو ا وظف وتعزيز الصحة النفسية

صمم برنامج دعم مقدمي الرعاية لزيادة الدعم الاجتماعي وا شاركة ا اذ القرارات ا تعلقة بالعمل قدمي الرعاية مرافق الرعاية الصحية والنفسية. يكتنف ا نامج ستة فصول تدريبية دة٤ أو٥ساعات ء فرق تتألف من١٠من مدبري ا نازل تقريب ، وعشرة من هيئة الرعاية ا باشرة. ركزت الفصول على ١- الفهم والتقوية للشبكات ا ساعدة ا وجودة من خلال ا نظمات؛ ٢- زيادة مشاركة العامل ا اذ القرار؛ ٣- تدريب ا شرف والعامل الرعاية ا باشرة على التطوير وقيادة النشاطات التدريبية مواقع مناز م؛ ٤- التقنيات ا ؛ افظ على ا هارات ا ديدة ا دى البعيد. ولضمان فعالية الإيتاء استخدمت مبادئ التدريب الاجتماعي لإحداث ا س القوي بالسيطرة على الإ ازات ولتمنيع العامل ضد ا عوقات.

قُيمت ا امج بتجارب معشاة واسعة النطاق، وأشارت النتائج إ زيادة مقدار الار اع الداعم العمل، وإ تقوية إدراك ا شارك قدرا م على التعامل مع ا لافات وعبء العمل ا فرط، وحسنت مناخ فريق العمل. وحسن ا نامج أيض الصحة النفسية والرضا الوظيفي لأولئك الذين حضروا سة أو ستة فصول على الأقل. أثر برنامج دعم مقدم الرعاية تأث إ ابي أيض على الصحة النفسية عند ا ستخدم وا وظف الأكثر احتمالاً طر ترك أعما م.

البطالة وفقدان العمل

يل أكثر التدخلات العامة إ التعرف على الاستجابة لفقدان العمل والبطالة، وهي عبارة عن تشريعات سياسية حكومية لتأم العاطل عن العمل، ومساعدات الرفاهية أو السياسات ا صحوبة بتحس أمن العمل والوظائف. وتتفاوت إتاحة فرص العمل بصورة مث ة ع أ اء العا ا ختلفة. تتيح تنويعة السياسات أماكن العمل الفرصة لإنقاص ا خاطر ا حتملة لفقدان العمل والبطالة. وا تتضمن تقسيم العمل وسياسات أمن العمل، واستقطاع الأجور، وإنقاص ساعات العمل. ولاتوجد بينة ريبية متاحة توضح ام قوا اية الصحة النفسية عند ا ستخدم ، وكذلك قوا إنقاص الكرب ا تعلق بالبطالة.

ولقد تنامى عدد ا امج التدخلية و التجريبية عن فعالية مساعدة العمال العاطل عن العمل ا يدفعه م ا ستخدمون. مثل نادي العمل وبرنامج الأعمال والوظائف. تدمج هذه ا امج ا نخفضة التعقيد وا نخفضة الكلفة؛ التعليمة الأساسية هارات البحث عن العمل وتقوية ا افز، مع مهارات التغلب على النكسات والدعم الاجتماعي ب الباحث عن العمل. ولقد اخت برنامج الأعمال وكرر ارب معشاة واسعة الولايات ا تحدة الأمريكية وفنلندة. ولقد أظهرت هذه التجارب إمكانية التأث على نسب الإعادة إ العمل، وعلى الكيفية وا ودة والدفع للوظائف ا كتسبة والزيادة فعالية البحث الذاتى عن العمل. والتمكن والتفوق، وإنقاص الاكتئاب والضوائق. ولقد انتشر برنامج الوظائف بنجاح هورية الص الشعبية وإيرلندا.

دعم اللاجئ والنازح

أشارت بينة حديثة وجوهرية إ التأث ات ا خربة ا بيثة لرضوح ا رب على الصحة النفسية عند الأفراد ا تأثرين والعائلات وا جتمعات عدد من مناطق العا . ور ا تد هذه التأث ات إ الأجيال و ا اثار سلبية هامة على الصحة العمومية والنماء الاجتماعي والاقتصادي ا جتمعات ا صابة. ة معاناة إنسانية جديرة با سبان مع الإعاقات النفسانية عند اللاجئ ا نفيء ، أو ا جتمعات ا تأذية بشدة الا تبقى خلف دو ا ا رب، أو ضحايا ا رب ا شوه أو ا نتهك جنسي وجسدي ، وا حارب القدامى. وأشيع هذه الاضطرابات النفسية هي اضطراب الكرب التا للرضح (PTSD) والاكتئاب والقلق. وال كث ما تتصاحب مع تعاطي العقاق وتبدلات الشخصية والاضطرابات التفارقية، وح ُذهانات انيار ا عاوضة والسلوك الانتحاري، وكذلك أشارت ال اه إ التأث ات الطفرية ثل هذه الرضوح الوخيمة. تؤثر ا روب بشدة على ا جتمعات التالية للحرب وعلى قدرا التغلب على النتائج الصحية النفسية والاجتماعية إذ طم الب التحتية الصحية، وتؤدي إ فقدان الرأ ال الاجتماعي، وتسبب الأوبئة، ومشاكل الأيتام ا ائلة. و ثل هذه العقابيل التالية للحروب عوامل اختطار إضافية رئيسية للمراضة النفسانية وتضعف ا وارد الوقائية الدولة.

إن الأسلوب الوقائي الأكثر قبولاً وفعالية هو ا اح ا هود للوقاية من ا رب ومن السلوكات والأحداث الاستفزازية ا ؤذية من خلال جهود حفظ السلام الدولية، والالتزام قوق الإنسان والتبش ا والترويج ا. ينبغي أن تركز ا هود الوقائية على التخفيف من بدء الاضطرابات النفسية ا جتمعات التالية للا اع بادئ الأمر على التدخلات ا بكرة بعد الرضح، وال تقي من النتائج السلبية للحرب (مثلاً: الأوبئة، مشاكل التسوية العائلية)، وإعادة بناء خدمات الصحة البدنية والنفسية، والبنية التحتية الاجتماعية، والتربية الصحية النفسية، واستعادة حقوق الإنسان، ومنح العطف، ودعم اللاجئ اقتصادي واجتماعي ، وانطلاقا من هذه التدخلات للوقاية من اضطراب الكرب التا للرضح (PTSD) (انظر القسم ٥)، فإن عدد ضئيلاً من هذه الاستراتيجيات قد ُقيّمَ الدراسات ذات النتائج الدقيقة جد . إن دعم الوكالات الدولية ضروري جد لتنفيذ هذه الاستراتيجيات الوقائية الضخمة ولتطوير ال اه ا طلوبة علها فعالة وعملية.

الصحة النفسية عند ا سن

حت أ اط تلفة من التدخلات ا ستطبة والانتقائية والشاملة س الصحة النفسية عند السكان ا سن . إن التدخلات ال تتضمن التمرينات و س الدعم الاجتماعي من خلال ا صادقة هي أمثلة على الاستراتيجيات العا ية. تتضمن التدخلات الوقائية والتعزيزية ا ستطبة والانتقائية للسكان ا سن استعمال طرائق التعليم ب ا رضى ا سن ا زمن ومن يقدم الرعاية م، والتقصي ا بكر، والتدخلات الرعاية الأولية وال امج ال تستعمل تقنيات مراجعة ا ياة. إضافة لذلك فقد أشارت الدراسات ا ديثة إ العلاقة بالوقاية من الرضوض القحفية الدماغية، والوقاية من فرط ضغط الدم الانبساطي، والوقاية من

مستويات الكوليست ول ا رتفعة إنقاص اختطار ا رف.

التدخلات التمرينية

تقترح التجارب ا عشاة والدراسات ا قطعية ا ستعرضة ا ديثة بأن التمرين (مثل التمارين ا وائية و ارين تائي شي التايلاندية) يوفر منافع سيكولوجية وبدنية عند ا سن ، تتضمن هذه الفوائد ا زيد من الرضا عن ا ياة، وحالات ا زاج الإ ا ، والعافية النفسية، وا فاض الضوائق النفسية وأعراض الاكتئاب، وا فاض ضغط الدم، وقلة حوادث السقوط. ولقد قدمت تايوان مثالاً من ثقافتها ارسة الرياضة، ولاسيما ارسة ا سن لتمارين تائي شي على و واسع.

تعزيز الدعم الاجتماعي

توحي بعض الدراسات بالآثار الإ ابية للصداقة على العافية عند الشخص ا سن، ولاسيما النساء ا سنات. ولقد استعملت ا صادقة كاستراتيجية لزيادة الدعم الاجتماعى ولإنقاص الوحدة والاكتئاب بـ ا سن . وحـ الآن فإن نتائج دراسة واحدة شبه ريبية هي ا تاحة فقط وتؤكد بأن برامج مصادقة النساء ا سنات كن أن تنقص بدرجة يعتد ا إحصائي من الوحدة وتزيد من قيق الصداقات ا ديدة. ولاشك بأن تكرار مثل هذه الدراسة مطلوب على جناح السرعة.

التقصي ا بكر والتدخلات الرعاية الأولية

ة بينات دودة توحي بأن التقصي ا بكر عند ا سن وتدبـ ا الات كن أن ينشئ طيف من النتائج ا فيدة وا جدية اقتصادي ، وا تتضمن الفوائد الصحية النفسية. وعلى سبيل ا ثال فلقد أدى برنامج تدبـ ا الة عند ا سن الذين يعيشون ا جتمعات ا ختطرة، والذي يتضمن تقييم ا سن ا ل، وا قاربة ا نتظمة و الاً من ا دمات الاجتماعية (مثل ترتيب ا ل، والرعاية الشخصية، ونظام إنذار الاستجابة الإسعافية) ، إ نقصان الاكتئاب وزيادة التمكن والتفوق والرضا ا يا . وأما النقص ا ام إسكان ا سن ا ؤسسات (٢,٥مقابل١٦,٩) وقلة ا وت (٢,٥مقابل٦,١) فقد تبـ وجود ا عند ا سن الذين تلقوا التدخلات عـ سنة أو نصف سنة من فترة الدراسة.

الوقاية من الانتحار والاكتئاب

على الرغم من أن الاكتئاب شائع بـ ا سن ، فقلما توجد دراسات ذات شواهد عن الوقاية من الاكتئاب والوقاية من الانتحار عندهم. و ة بعض البينات ا تاحة الـ تش إ التحسن العلاقات الاجتماعية والتراجع الأعراض الاكتئابية بـ ا شارك الـ نامج الذي يكتنف الأرامل ا دعوم وغـ ا دعوم . و ة بينة أولية توحي بأن لقاءات مراجعة ا ياة وا عا ة الاستذكارية (Reminiscence therapy) ر ا تنقص من اختطار الاكتئاب عند ا سن ولاسيما بـ ا قيم دار ا سن . و ة بعض

ال اهـ بأن ا اتف ا دعوم وخدمة الاستجابة الإسعافية ر ا تساعد هبوط حالات الانتحار بدرجة هامة إحصائي .

ا الات الطبية ا زمنة

ة موعة أخرى هامة مرتفعة الاختطار عند السكان ا سن ، ولاسيما حدوث الاكتئاب، وهي أولئك الذين يعانون من ا الات البدنية ا زمنة أو الشديدة، مثل فقدان السمع، وضعف ا ركة، والُفصال العظمي، وسائر العلل ا زمنة. و ة أمثلة قليلة فقط عن التقييم القوي للتدخلات الفعالة متاحة هذا ا جال. أظهرت طرائق تثقيف ا رضى وتعليمهم حول ا آل واستراتيجيات التدبـ للتعامل مع ا الات ا زمنة.(مثلاً: الأ ا زمن) تأث ات نافعة با دى القصـ على ا الة النفسية والبدنية مثل إنقاص الأعراض الاكتئابية. وتوجد براهـ بأن تزويد ا سن الفاقد للسمع با عينات السمعية ر ا يؤدي إ حياة اجتماعية أفضل، وكذلك إ وظائف معرفية وانفعالية أفضل وينقص من الاكتئاب.

مقدمو الرعاية للمرضى ا زمن وا سن الفقراء

يتعرض مقدمو الرعاية للمرضى ا زمن وا سن الفقراء لزيادة احتمالات خطر ا عاناة من ا ستويات العالية من الكرب والاكتئاب. ولقد أظهر طيف واسع من نتائج الدراسات التدخلية ذات الشواهد عن التدخلات التربوية النفسية لعائلات مقدمي الرعاية للمسن ، سينات عبء مقدم الرعاية، وعلى الاكتئاب، وعلى العافية الشخصية والرضا الذى يتلقاه مقدم الرعاية. تتضمن التدخلات النفسية التربوية التزود با علومات عن مرض متلقي الرعاية وا وارد وا دمات ا تاحة، والتدريب على الاستجابة الفعالة للمشاكل الاجتماعية للمرض. يستفاد من مثل هذه التدخلات ا حاضرات و موعات ا ناقشة، وا واد ا طبوعة.

الوقاية من ا رف

ة العديد من ا قاربات ا ختلفة الا تعد جديرة بالاعتبار الوقاية الأولية من ا رف أو تأخـ بدئه. مثل إنقاص التعرض البيئى للسموم العصبية (مثل الأ نيوم) وإنقاص الاختطار عند ا جموعات السريعة التأثر والا تظهر العلامات البادرية لعملية ا رف. إن التدابـ والوقائية الصيدلانية (مثل الأدوية اللاست ويدية ا ضادة للالتهاب، وا عيضات الاستروجينية، ومضادات الأكسدة، والفيتام E) وا شورة الوراثية. قد أظهرت يع هذه الاستراتيجيات بعض الوعود على الرغم من عدم وجود بينة حا ة حـ الآن لاقتراح مثل هذه التدابـ الوقائية. و ة استراتيجيتان يبدو أنـما قد أظهرا بينة أقوى لربطهما بالوقاية أو بتأخـ البدء با رف. وأما الاستراتيجية الأو فهي الوقاية من الرضوض القحفية الدماغية (Craniocerebral tranmas) باكورة ا ياة من خلال ديد السرعة على الطرقات السريعة، واستعمال حزام الأمان وا وذ، والقوان الا ترخص ا ركبات وقيادtا ن يتعاطي الكحول.ثاني : ة بينة بأن ا رض الوعائي

هو عامل اختطار ا رف. و ة دراسة أوربية مزدوجة التعشية (Double – blind) توحي بأن إنقاص ضغط الدم الانبساطي ا رتفع بالأدوية ا افضة للضغط عند ا سنا ا ختطرين كن أن تنقص من بدء ا رف وا ٥٠٪. و ة براهـ أيضـ بأن إنقاص الكوليستـ ول، باستعمال دواء الستاتـ مثلاً ر ا تقي من ا رف أو تؤخر بدئه.

القسم الرابع: الوقاية من الاضطرابات النفسية

تصر هذا القسم التقدم ا اصل على مدى العقود ا اضية تطوير ا امج أُبْرِهَنَة لإنقاص اختطار الاضطرابات النفسية. ولقد نوقشت السياسات وا امج الفعالة الوقاية ا ستطبة والعامة والانتقائية ال اضطرابات التصرف، والاكتئاب، واضطراب القلق واضطرابات الأكل، والاضطرابات ذات الصلة بتعاطي العقاق ، والاضطرابات الذهانية، والانتحار.

العنف والعدوانية واضطرابات التصرف

يقدر أن معدل انتشار اضطرابات التصرف ب الشباب تتفاوت ماب ٢-١٠٪. وغالب ما تشيع هذه الاضطرابات ب الذكور أكثر من الإناث. و يل هذه الاضطرابات إ ا دوث مع تنويعة من ا شاكل ا دية الأخرى مثل الفشل الدراسي وعدم الإ از، ومشاكل الكهول العلاقات ا ميمة وإ ازات العمل ومشاكل تعاطي العقاق ، واضطرابات القلق والاضطرابات الاكتئابية. إن الكلفة الاقتصادية والاجتماعية لاضطرابات التصرف والعنف والعدوانية مرتفعة جد ، وتتضمن تكاليف ا عا ة، ونظام العدالة والعقوبات، وا دمات الاجتماعية، والفشل الدراسي، والتكاليف العاطفية والاقتصادية على الضحايا والعائلات، ولقد قدر الاقتصاديون بأن متوسط التكاليف السنوية لكل طفل من الذين شخص عندهم اضطرابات التصرف وا ٨٠٦ ٢٥ دولارات.
تتضمن عوامل الاختطار: تدخ الأمهات أثناء ا مل، والسلوك الاندفاعي، والسلوك الوالدي ا عادي للمجتمع وتعاطي العقاق ، وا راف العلاقات ب الزملاء، وا فاض الشعبية ب الزملاء وفقر العلاقات الاجتماعية وفسادها ب ا ان مع ا ستويات العالية من ا رائم.
تركز التدخلات الوقائية الأ ح إنقاص اختطار السلوك العدوا واضطرابات التصرف على س القدرة الاجتماعية والسلوك الاجتماعي عند الأطفال والآباء والزملاء وا درس . ولقد طورت هذه التدخلات بالتوازي مع الإ اع على تطوير دليل شاكل التصرف مع التأكيد على التداخل الاجتماعي ب الأطفال والأقران ومقدمي الرعاية. ولقد أعطت اولات التدخلات ا دیثة النموذج، وكذلك قدمت موجودات الدراسات ا قطعية العرضانية والطولانية عدة اولات إبداعية للتدخلات.

التدخلات العامة

أظهرت التدخلات العامة تأث ات ناجحة على مشاكل التصرف وكانت يعها ترتكز إ ا دارس، وتتضمن تدب السلوك الصفي، وتقوية ا هارات الاجتماعية عند الأطفال والاستراتيجيات ا تعددة الطرز ال تتضمن الآباء ا كتنف . ويقدم الإطاررقم ٨ بعض الأمثلة عن مثل هذه ا امج أُبْرِهَنَة.
اول برامج تدب السلوك الصفي أن تساعد الأطفال للتلاقي الأفضل مع ا تطلبات الاجتماعية الصف من خلال التشجيع الصريح للسلوك ا رغوب فيه وعدم تشجيع السلوك غ ا رغوب. ولقد خلصت ا امج الفعالة إ إنقاص مشاكل التصرف الطلابية (مثلاً إنقاص السلوك ا خرب، وإنقاص العدوانية) والعلاقات الأفضل ب الطلاب وب الطلاب والأساتذة.

اول برامج ا هارات الاجتماعية عند الأطفال أن تزودالأطفال با هارات ا معرفية ا قد تساعدهم التغلب الأفضل على ا الات الاجتماعية الصعبة الشائعة، مثل تعليم ا هارات ا تتعلق بالاستماع، والتشاعر أي ا س شاعر الآخرين، وحل ا شكلات مابـ الأشخاص وا اعات، وتدبـ الغضب، وذلك من خلال الصفوف ومضمونا أو سياقاٍ. ولقد أظهرت هذه ا امج تأث ات إ ابية على ا معارف ذات الصلة ل ا شاكل، وأنقصت السلوك الاندفاعي لأكثر من سنة من متابعة التدخل على الأقل. ولقد سجل ا درسون والأطفال ا فاض مشاكل التصرف.

يل التدخلات لتعدد طرازاٍ سواء التدخلات من خلال الأوضاع ا درسية أو التدخلات العديدة ء تلف الأوضاع، مثل دمج تدخل ا هارة الاجتماعية للطفل ا درسة مع التدريب على التدبـ الوالدي. وٍدف العديد من ا امج أن تزود الأطفال ومن يرعاهم با هارات ا طلوبة للتشجيع الفعال لتنمية السلوكيات الاجتماعية الطراز وقت واحد. ولقد أظهرت هذه التدخلات معدلات أقل من العدوانية أماكن اللعب وا فاض تنويعة مشاكل التصرف، ا تتضمن الإرعاب والسرقة والتخريب، ومشاكل التصرف ا سجلة ذاتيا ، والتوقيفات الأو من قبل الشرطة.

الإطار٨: أمثلة عن ا امج أُبْرِهَنة ا تنفص مشاكل التصرف والسلوك العدوا		
	الاستراتيجية	**أمثلة عن التدخلات الفعالة**
العامة	التدبـ السلوكي	لعبة السلوك ا يد
	التدخل ا هارات الاجتماعية عند الطفل	كنـ حل ا شكلة. استراتيجيات تعزيز السلوك البديل
	ا امج ا درسية العديدة الطرز	برامج الوقاية من الإرعاب مشروع سياتل للتنمية الاجتماعية
الانتقائية	برامج الطفولة ا بكرة/ والوالدية	الشراكة العائلية التمريضية برنامج السنـ ا دهشة
	ا امج ا جتمعية أُرْتَكز	برنامج انتقالات ا راهقة ا رحلة الأو
ا ستطبة	ا امج ا درسية العديدة الطرز للأطفال ا ختطرين	مشروع مونتريال الوقائي ا سلك السريع

التدخلات الانتقائية

صممت التدخلات لأوضاع تلفة لكي تكون فعالة الوقاية من مشاكل التصرف، وتتضمن اا امج الوالدية وبرامج الطفولة ا بكرة واا امج ا درسية اُ ْرَتكز. عادة ما اول اا امج الوالدية وبرامج الطفولة ا بكرة سن مهارات الوالدين حول التنشئة، ودعم أطفا م وتدريسهم طرز السلوك الاجتماعي وتنمية ا هارات الاجتماعية للأطفال (انظر الفصل٥) ولقد أظهرت هذه اا امج ا فاض عوامل اختطار اضطرابات التصرف، مثل تدخ الأم أثناء ا مل واضطهاد الطفل أو إ اله، وا فاض مشاكل التصرف خلال ا راهقة، اا تتضمن ا فاض العنف والتوقيف من قبل الشرطة. حت اا امج ا جتمعية اُ ْرَتكز أو ا درسية اُ ْرَتكز عند هرات انتقائية من الأطفال ا ختطرين استهداف مهارات حل ا شاكل وا هارات الاجتماعية عند الطفل وكذلك مهارات التدبُ الوالدي، ا م عنه ا فاض التآثرات والتداخلات السلبية بُ الآباء والأطفال وا فض تسجيل مشاكل التصرف ا دارس.

التدخلات ا ستطبة

تركز التدخلات ا ستطبة للوقاية من اضطراب التصرف على الأطفال الذين استعرفوا من قبل مدرسيهم أو آبائهم بوجود مشاكل هامة وواضحة التصرف لديهم. أظهرت مثل هذه اا امج ا فاض مشاكل التصرف عدة صفوف مدرسية متوسطة كما سجلت من قبل ا درس والآباء أنفسهم. وا ثال الفعال الذي يتضمن ا كونات ا ستطبة والانتقائية والعامة هو "برنامج ا سلك السريع". و هذا اا نامج يُستعرف الأطفال رياض الأطفال، ويشارك الأطفال خلال سنوا ٦م ا درسية بطيف من التدخلات ا ختلف جد ، واا تتضمن التدريب على مهارات حل ا شاكل وا هارات الاجتماعية، وفصول اللعب مع قرنائهم وزملائهم الاجتماعي مع الإرشادات ا درسية. يشارك الآباء موعات التدريب على التدبُ الوالدي ويشارك الأطفال والآباء نشاطات التدريب السلوكي ا خطط ا. وتزار العائلات منازا بصورة منتظمة وتتلقى مساعدات على تدبُ ا الات، ولقد أشارت النتائج من الدراسات ا عشاة السن الثلاثة الأو من التدخلات بأن الأطفال برنامج ا سلك السريع قد أظهروا مستويات أقل من مشاكل التصرف كما سجلها كل من ا درس والآباء.

الاكتئاب والأعراض الاكتئابية

ثل الاكتئاب واحد من أكثر الاضطرابات النفسية انتشار ، ويصيب حوا ٣٤٠ مليونً من البشر أرجاء العا ، وقدر عام ٢٠٠٢ أن الاكتئاب الأحادي القطب قد سجل٤,٥٪ من مل سنوات العمر ا صححة باحتساب مدة العجزDALY. وهو السبب الرئيسي للعجز الإقليم الأور ، ويتوقع أن يصبح الاكتئاب الأحادي القطب السبب الثا ا سجل لعبء ا رض عام٢٠٢٠، وأن يسجل٥,٦٪ من سنوات العمر ا صححة باحتساب مدة العجزDALY، و يقع مباشرة بعد مرض القلب الإقفاري. وهذا يع أن الاكتئاب الأحادي القطب سيصبح السبب العا ي الثالث للعجز الناجم عن ا الات

النفسية العصبية،ولذا سيصبح الاضطراب النفسي الأهم. يتأثر بدء الاكتئاب ونكساته بمجال واسع من الاختطارات والعوامل الواقية في مراحل الحياة المختلفة ومن باكورة الطفولة. وتتضمن العوامل الاجتماعية والعائلية والنفسانية والبيولوجية التي لا تتوزع بالتساوي بين السكان وتتركز ضمن المجال واسع من السكان المختطرين. ولقد استعرفت عوامل الاختطار النوعية في الاكتئاب (مثل الاكتئاب الوالدي، والمعارف المولدة للاكتئاب) وعوامل الاختطار الوراثية (مثل الأبوة غير الملائمة، واضطهاد الطفل أو إهماله وحوادث الحياة وضوائقها وإجهاداتها، والإرهاب) والعوامل الواقية (مثل الإحساس بالتمكن والتفوق ـ وتقدير الذات، والفعالية الذاتية، ومقاومة الإجهاد والكرب، والدعم الاجتماعي). وبالنتيجة ينبغي للمقاربات المجتمعية الفعالة في الوقاية من الاكتئاب عند السكان أن تشمل أفعالاً عديدة تتضمن التدخلات العامة والانتقائية والمستطبة. ولقد أظهرت الدراسات المعشاة تأثيرات هامة وسطية ولكنها صغيرة بإنقاص ١١٪ من الأعراض الاكتئابية بعد التدخل، مع تفاوتات واسعة من حجم الأثر بين هذه البرامج. ولقد وجدت قلة من هذه الدراسات انخفاض في بدء الاضطرابات الاكتئابية.

التدخلات العامة

أظهرت تقوية العوامل الواقية بين السكان نقص في الأعراض الاكتئابية. تتضمن الأمثلة البرامج المدرسية المرتكز التي تستهدف المهارات المعرفية ومهارات حل المشاكل والمهارات الاجتماعية عند الأطفال والمراهقة . وبرامج التمارين عند المسنين ، ولقد خفضت بعض هذه البرامج المدرسية (مثل برنامج المراهق الداهية) المستويات المرتفعة من الاكتئاب والتي ٥٠٪ أو أكثر في السنة الأولى من التدخل. ولقد أظهرت إحدى الدراسات ذات الشواهد عن النتائج العامة المبكرة لبرنامج المشورة العائلية المرتكز في فنلندا انخفاض في مشاكل الاستبطان فيما بعد١٠-١٥سنة من المراهقة وباكورة الكهولة.

تتجه بعض التدخلات المبرهنة نحو عوامل الاختطار والعوامل الواقية المثبتة في بدء الاكتئاب، وتتضمن التدخلات الناجحة لإنقاص انتهاك الأطفال أو إهمالهم وإنقاص الإرهاب.

التدخلات الانتقائية

تهدف التدخلات الوالدية عند الأطفال والآباء إلى تحسين العافية النفسية الوالدية عبر التزود بالمعلومات وبالتدريب على الاستراتيجيات السلوكية الطفولية، ولقد أظهرت انخفاض في الأعراض الاكتئابية الوالدية والتي ٣٠٪ بالتوازي مع التحسن في نتائج الأطفال. ولو أنها لم تكن متوافقة. وإضافة لذلك تستهدف العديد من التدخلات الانتقائية التغلب على حوادث الحياة الرئيسية وأظهرت انخفاض واضح مديد ويعتد به إحصائياً في المستويات العالية من الأعراض الاكتئابية، مثل برامج الأطفال الذين فقدوا آباءهم بالموت أو بالطلاق. والذين تعرضوا للبطالة، والمسنين المصابين بأمراض مزمنة. وكذلك يبدو أن حصار الانتقال الطفري للاكتئاب والمشاكل ذات الصلة به من خلال التدخلات على الأطفال والمراهقة والعائلات من آباء أو أمهات مكتئبين هو استراتيجية واعدة.

يمكن توقع الانخفاضات هامة في معدل وقوع الاكتئاب بين المهاجرين ومن تعرضوا لرضوح الحرب أو

الذين يعيشون ا جتمعات التالية لل اعات عندما يزودون بالدعم الاجتماعي الملائم. بل كن توقع ا فاضات أك إن جرى التوقي من مثل هذه ال اعات والرضوح و قق احترام حقوق الإنسان. و دث الشيء نفسه على السكان عموم إن طبقت التداب ال تقلل من عدم الاستقرار الاقتصادي و ارب الفقر الدول والأقاليم. ولاتوجد بينة علمية متاحة بعد عن فوائد مثل هذه الأفعال ولاسيما بإنقاص الاكتئاب.

التدخلات ال يوصى بإجرائها

أظهرت برامج ا صاب بالأعراض الاكتئابية العالية ا ستوى - ولكنهم غ مصاب بالاضطرابات الاكتئابية - تأث ات هامة على فيض ا ستويات العالية من الأعراض الاكتئابية والوقاية من النوائب الاكتئابية. ولقد استعملت مثل هذه ال امج على الأقل ا جموعة الشاكلة لتثقيف الأشخاص ا ختطرين حول التفك الإ ا ، و دي أ اط التفك السل ، و س مهارات حل ا شاكل. ولقد قدمت هذه ال امج للفئات ا ستطبة من مرضى الرعاية الأولية، وا راهق وبعض ا جوعات ا ستطبة الأخرى. ولقد أظهرت الدراسات ا عشاة حالة ا راهق فقط بينة عن ا فاض النوائب الاكتئابية، مع هبوط البدء والنكس عند٤٠-٧٠٪ السنة الأو بعد التدخل.
ولقد استقصت ا شاريع ا ديثة إمكانية الوصول إ أوسع ا مهرات ا ختطرة من خلال استعمال ا واد ا كتوبة للمساعدة الذاتية، ووسائل الإعلام والأنترنيت. وكذلك فقد أشارت بعض الدراسات إ قوة التعرض الإضا للمعا ة الضوئية كاستراتيجية واقية من اكتئاب الشتاء عند ا صاب بالأعراض الاكتئابية ال لاتشكل متلازمة الاكتئاب.
أشارت ا وجودات اضطراب القلق الذي يسبق بدء الاكتئاب على و متواتر إ القدرة الوقائية ل امج القلق اُ بْرَهَنة، ولاسيما عند الأطفال وا راهق ا ستطب ، كاستراتيجية غ مباشرة التخفيف من اختطار الاكتئاب. ولقد أكدت دراسة ذات شواهد، واحدة على الأقل، بأن مثل هذا ال نامج ا وجه و الطفل القلق قق ا فاض هام أعراض الاكتئاب على و فريد عند الأطفال ا صاب ستويات مرتفعة من القلق قبل بداية التدخل. يظهر الإطار٩ أمثلة عن الوقاية ا ستطبة الفعالة النوائب الاكتئابية.
وباختصار، أكدت عدة برامج وقائية نفذت على مدى ا ياة وبال هان ا فاض ا ستويات ا رتفعة من الأعراض الاكتئابية. وقلة من ال امج ا جرى تقييم تأث ا الوقاية من بدء النوائب الاكتئابية السريرية كان فعالاً. إن التركيز على التخفيف من الأعراض الاكتئابية أو الوقاية منها يعد هام لأن ا ستويات ا رتفعة من الأعراض الاكتئابية يسبب زيادة اختطار النوائب الاكتئابية الك ى. بالإضافة إ الأعراض ذات الصلة با فاض الإنتاجية، والقدرة على رعاية عائلة ا صاب، ومستويات الطاقة، والقدرة على الإحساس بالسعادة، والرضا ا يا العام والعافية النفسية.

الإطار٩: الوقاية من الاكتئاب عند الأطفال وا راهقة ا عرض للخطر	
التغلب على الكرب والإجهاد يستهدف أطفال الآباء النفسانيـ ا صاب بالاكتئاب ما دون السريري أو ا صاب بنوائب سابقة من الاكتئاب الكب . من خلال١٥فصلاً جموعات ا عا ة ا عرفية ال تستخدم لاستعراف طرز التفك السلبية و ديها ولتعميم الأفكار ا ضادة والإ ابية والأكثر واقعية. أظهرت دراسة معشاة ذات شواهد ا فاض معدل وقوع الاكتئاب بعد الشهر١٤من ا تابعة، موعة التجربة (٩,٣٪) وا جموعة الشاهدة (٢٨,٨ ٪).	*التغلب على الكرب والإجهاد* تستهدف التلاميذ ا راهقة ا دارس الثانوية ا صاب بأعراض إكتئابية. من خلال ١٥ فصلاً جموعات ا عا ة ا عرفية ال تستخدم لاستعراف طرز التفك السلبية و ديها ولتعميم الأفكار ا ضادة والإ ابية والأكثر واقعية. أظهرت دراسة معشاة ذات شواهد ا فاض معدل وقوع النوائب الاكتئابية الأو بعد سنة، موعة التجربة (١٤,٥٪) و ا جموعة الشاهدة (٢٥,٧٪).

اضطراب القلق

يعد اضطراب القلق مثل اضطراب الاكتئاب من ب أكثر الاضطرابات النفسانية انتشار على الرغم من التفاوت الثقا الإبلاغ عنه. ويؤلف الاً واسع من الاضطرابات ا ختلفة ومنها اضطراب القلق ا عمم، والرهاب الاجتماعي، واضطراب الكرب التا للرضح PTSD الذى ركزنا عليه كث الوقاية الأولية. لقد قدرت التكاليف السنوية لاضطراب القلق الولايات ا تحدة الأمريكية عام١٩٩٠ وا ٦٤مليار دولار تقريب . وتظهر معظم اضطرابات القلق خلال الطفولة وا راهقة و عل من هذه الفئات العمرية أهم هدف للوقاية الأولية. و ثل اضطرابات القلق ب الأطفال الشكل الأشيع للإمراضية النفسية، وتبلغ معدلات انتشارها السنوية من ٥,٧ إ ١٧,٧٪، وغالب ما تكون أكثر من١٠٪. وأظهر ال هان بأن نسبة من الأطفال لا كنهم النمو خلال اضطرابات القلق ال تصيبهم خلال ا راهقة أو الكهولة.

تتضمن الأمثلة عن ا مهرات ا ختطرة: الأطفال ا نحدرين من آباء قلق ، وضحايا انتهاك الأطفال، وضحايا العنف وا وادث وا روب والكوارث أو سائر الرضوح، واللاجئ ، وا هنيـ ا ختطرين الذين يسرقون أو يهددون الضحايا ا رضوح . تتضمن عوامل الاختطار والعوامل الواقية الوراثية أو النوعية القلق: ا وادث الراضحة، والعمليات التعليمية الطفولة (مثل فرط ا راقبة من قبل الآباء القلق)، ومشاعر نقص التحكم، وا فاض الفعالية الذاتية، واستراتيجيات ا قاومة، والدعم الاجتماعي. تؤهب حوادث ا ياة الضائرة ا بكرة لسرعة التأثر العصـ البيولوجي ال تؤهب بدورها لاضطرابات القلق والاضطرابات العاطفية الكهولة من خلال التبدلات ا ياتية ا ديدة ا بدلة لنظم الاستجابة العصبية للكرب والإجهاد.

إنقاص ا وادث الراضحة أو التعرض للرضوح

يتعرض ا لاي من البشر أرجاء العا إ ا وادث الراضحة الا كن توقيها مثل انتهاك الأطفال، والعنف، والاغتصاب، وا رب، والتعذيب. كن إنقاص ا وادث الراضحة ء تداب السلامة الفعالة أماكن العمل وا رور وا وار، والتشريعات الأمنية والسيطرة على ل السلاح، و كن أن تسهم الا امج الفعالة ا درسية ا ُرَتكز بإنقاص السلوك العدوا وغ ا لائم والإرهاب، ا يسهم التخفيف من القلق. و كن تطبيق الشيء نفسه على الا امج الفعالة للتخفيف من انتهاك الأطفال، كما نوقش هذا القسم. و كن التوقع بأن الأفعال الدولية والوطنية الا تقي من ا روب ورضوح ا روب ومن انتهاك حقوق الإنسان ستسهم التخفيف ا ام من اضطرابات القلق ا حرضة بالرضوح عندما تنفذ بنجاح. إن مدة التعرض للحوادث الراضحة هو دد م هن عليه لاختطار الارتكاسات النفسية كاستجابة ثل هذه الأحداث. كن أن يتحقق التعرض الوقائي والإنقاص من مدة ا وادث الراضحة بالتداب العمومية مثل التعرض الوقائي للمقرات الراضحة خلال الكوارث، وتقوية التقصي ا بكر والتدخل حالات العنف أو الانتهاك. ولاتوجد بينة بعد عن التأث الوقائي ا ا ثل هذه التداب .

تقوية ا رونة العاطفية والانفعالية والتربية الاستباقية

ة استراتيجية أخرى جرى الا هان على فعاليتها، وهي التركيز على تقوية ا رونة العاطفية والانفعالية وا هارات ا عرفية ا طلوبة لتجنب التطور اضطرابات القلق. ة برنامج واعد الوقاية من القلق عند الأطفال من٧-١٦سنة استراليا وهو برنامج الصداقات، وكث ما استعمل ا دارس و ا راكز الصحية وا ستشفيات، واستناد إ برنامج ا عا ة الفعالة لاضطرابات القلق، فقد ترجم إ شاكلة وقائية وأصبح متاح للاستعمالات الوقائية ا ستطبة والانتقائية والعامة. إن برنامج الصداقات هو برنامج سلوكي معر من ١٠ فصول يعلم الأطفال ا هارات الفعالة للتغلب على القلق ويب ا رونة العاطفية والانفعالية، والقدرة على حل ا شاكل والثقة بالنفس. ولقد أظهرت ربة ذات شواهد بأن هذا الا نامج قد قدم للأطفال الذين كانوا قبل التدخل مصاب ستويات عالية من أعراض القلق ا فاض البدء الأول لاضطراب القلق القابل للتشخيص من ٥٤٪ عند موعة الشواهد إ ١٦٪ ا الات الوقائية خلال٦ أشهر من متابعة التدخل. ولقد أظهرت أيض دراسات ذات شواهد بأنه عندما كان الا نامج يقدم إ ا مهرات ا درسية عموم وإ ا جموعات الانتقائية من الأطفال وا راهق ا ختطرين فقد حصل هبوط هام إحصائي أعراض القلق. ولقد ُنفذ برنامج الصداقات الولايات ا تحدة الأمريكية وهولندا والسويد أيض .

يصعب وجود أي برهان عن فعالية التربية الاستباقية عن الوقاية من اضطرابات القلق عند أولئك الذين سيتعرضون للحوادث الراضحة الشديدة، مثل رجال الإطفاء، أو فرق الإنقاذ، أو العامل البنوك و افر الشرطة.

التدخلات التالية للرضح

أصبح استخلاص المعلومات المرجة العارضة الكرب تدخلاً مستعملاً على نطاق واسع بعد الحادثة الرضحية مثل عارض الضرب والكوارث. وعموم فإن استخلاص المعلومات المفيدة يكتنف بعض أشكال العمليات العاطفية أو الانفعالية والتهوية بقصد تشجيع إعادة ع وإعادة عمل الرضح خلال ٤٨-٧٢ ساعة بعد الحدث. أظهرت النتيجة المشتركة من عدة دراسات معشاة بأن استخلاص المعلومات المرجة العارضة الكرب لايقي من بدء اضطراب الكرب التالي للرضح PTSD أو الاضطرابات النفسية الأخرى على الرغم من أن الضحايا عموم قد يدون أن هذا التدخل مفيد عملية شفائهم. وبالفعل فإن استخلاص المعلومات النفسانية يمكن أن يعيد رضح الضحايا و يمكن أن يزيد من اختطار اضطراب الكرب التالي للرضح. ولقد وجدت نتائج واعدة أكثر باستعمال المعالجة السلوكية المعرفية كتدخل مبكر وكطريقة للوقاية من اضطراب الكرب التالي للرضح. تشمل هذه الطريقة التثقيف حول الارتكاسات الرضحية، والتدريب على الاسترخاء، والتعرض المتخيل للذكريات الرضحية، وإعادة البنية المعرفية عن المعتقدات الضعيفة ذات الصلة، والتعرض الاختباري للأوضاع التجنبية. ولقد أظهرت عدة دراسات معشاة بأن خمسة فصول أسبوعية مدة ساعة أو نصف ساعة يمكن أن تخفف عارض الستة أشهر اضطراب الكرب التالي للرضح من ٦٧٪ إلى حوالي ١٥٪.

التدخلات الموصى بها

بالإضافة إلى برنامج الصداقات الذي طبق بنجاح على الأطفال المصابين بمستويات مرتفعة من أعراض القلق، توحي بعض البينات التمهيدية من دراسة معشاة بأن بدء اضطراب الهلع يمكن أن ينقص من خلال حلقة العمل المعرفية القصيرة المدة لأولئك الذين عانوا من هجمة الهلع الأولى. و خلال الستة أشهر من المتابعة، فإن ٢٪ من المكتنفين في حلقة العمل أصيبوا باضطراب الهلع بالمقارنة مع ١٤٪ من المجموعة الشاهدة.

اضطرابات الأكل

يحدث فقد الشهية العصبي عند ٠,٥-١٪، وفرط الشهية العصبي عند ٠,٩-٤,١٪ من المراهقات و في بهرة البالغين الشباب، حيث يعاني أيضاً ٥-١٣٪ من المتلازمة الجزئية لاضطرابات الأكل. و ثمة زيادة ظاهرة اضطرابات الأكل على مدى الخمسين سنة الماضية. تستند هذه الصور على الأقل إلى دراسات في الدول المتقدمة وربما لاتنطبق على الدول الفقيرة، ولاسيما التي تعاني من المجاعة أو نقص القوت. إن فقد الشهية العصبي هو السبب الثالث في الشيوع للحالات المزمنة بين البنات المراهقات في الولايات المتحدة الأمريكية بعد البدانة والربو. وعند الفتيات المراهقات، ثمة ٥-١٥٪ من الذين يستعملن القوت غير الصحي وبعض الطرق الأخرى للتنحيف مثل تمريض القيء ذاتياً والمسهلات والمدرات. غالباً ما يحدث بدء فقد الشهية العصبي عند الفئة العمرية ١٤-١٨ عام ، بينما يكون بدء فرط الشهية العصبي حوالي الفترة الانتقالية

من ا راهقة إ باكورة الكهولة. وعلى الرغم من أن انتشار اضطرابات الأكل ووقوعها منخفض، لكن نتائج اضطرابات الأكل تعد جدية. وحوا ٢٥٪-٣٣٪ تقريبـ من ا صابـ بفرط الشهية العصـ أو فقد الشهية العصـ يصبح اضطرا٦م مزمنـ. تُظهر اضطرابات الأكل مستويات مرتفعة من ا راضة ا رافقة لاضطرابات تعاطي العقاق ، واضطراب القلق والاكتئاب.

دث اضطراب الأكل على الأقل عند ا راهقات والنساء الكهلات، ولاسيما عند النساء الرياضيات، وتلميذات رقص الباليه، وعارضات الأزياء وتلاميذ فن الطبخ. وعلى الرغم من اتساع رقعة البحوث عن اضطرابات الأكل ا وجودة، فلقد أظهرت عدة دراسات دوديات منهجية مثل نقص التصميم البعدي وا جموعات الشاهدة. وبأخذ هذه ا حدوديات با سبان، فثمة انبعاث لصورة مشا٦ة لعوامل الاختطار والعوامل الواقية تطور اضطرابات الأكل. وقد استعرف منها النظام الغذائي غ الصحي، والوزن ا فرط و وم الشكل وعدم الرضا عن ا سم وتعد كعوامل سلوكية ووضعية هامة نوعية الاضطراب. بالإضافة إ التأث ات العائلية والاجتماعية، مثل سلوك القدوة أو الأصدقاء و بيذ ا جتمع للنحافة من خلال وسائل الإعلام والقراءة الإعلامية. ولقد استعرفت أيضـ عوامل الاختطار الوراثية مثل العلاقات غ الآمنة، والانتهاك ا سدي وا نسي والإرعاب، وضعف تقدير الذات، ومشاكل التغلب على ال اعات والكرب الانفعا والعاطفي.

التدخلات ال يوصى ٦ا والانتقائية والعامة

استهدفت التدخلات الوقائية لإنقاص اضطرابات الأكل والنظام الغذائي غ الصحي التلاميذ ا دارس الابتدائية وا توسطة والثانوية (وقاية عامة)، ومهنيي ا دارس مع ا مهرات النوعية ا ختطرة مثل راقصات الباليه، والرياضيات، وعارضات الأزياء، وتلاميذ الطبخ والطهي (وقاية انتقائية)، أو الفتيات ا راهقات والشابات اللوا أظهرن سلوك غذائي غ صحي ا ستويات ت السريرية (الوقاية ا ستطبة).

نشر ا يل الأول من ال امج التثقيفية التقليدية قبل عام ١٩٩٥، إذ ركزت على سـ ا علومات حول مشاكل الأكل والسلوك الغذائي وعلى تغيـ ا واقف وا عتقدات. وعمومـ فإنـا أظهرت زيادة ا عرفة ولكن تنجح تغيـ ا واقف والسلوك ا زعج عند ا مهرات العامة من ا راهقات. ولقد قيمت مؤخر عدة دراسات ذات شواهد النتائج جيل جديد من ال امج ا تعددة الأبعاد ال تكامل مابـ ا قاربات التثقيفية الصحية التقليدية مع استراتيجية واسعة لتعزيز الصحة النفسية ووجدت نتائج أفضل. ولقد أظهرت بعض الدراسات عن التأث ات الوقائية مواقف ذات صلة بالأكل، وشيوع العادات ا تداولة على النطاق الدو أو القبول للنماذج الاجتماعية للمظهر، ومشاعر عدم الفعالية، وعدم الرضا عن ا سم، والسلوك الغذائي. وعلى سبيل ا ثال، فإن دراسة استراليا عن برنامج تفاعلي يستهدف تقدير الذات عند ا راهقـ الشباب إضافة إ السلوك الغذائي وا وقف منه، قد أظهرت بأنه حـ الشهر الثا عشر من ال نامج فقد أظهر ا شاركون سنـ الرضا عن ا سم، وأصبحوا أكثر إ ابية تقدير الذات والقبول الاجتماعي وأقل اندفاعـ و النحافة. ولقد أظهر ا راهقون ا رتفعو الاختطار زيادة وزن ا سم بينما أظهر التلاميذ ا ختطرين ا راقبـ نقصـ الوزن.

توحي بعض ا لوجودات التمهيدية لزوج من التجارب ا لعشاة ذات الشواهد بأن التدخل ا لُمْرتَكز إ التفاعل مع شبكة الأنترنيت كان ناجح الوصول إ الشابات ا لختطرات وكان فعالاً تبديل عوامل الاختطار الشخصية اضطرابات الأكل، مثل وم الشكل والغذاء، والدفع و النحافة والأكل ا ضطرب.

أظهرت مراجعة كوشران مؤخر دعم ريبي لفعالية التدخلات ال تكتنف وسائل الإعلام ا رئية وا كتوبة والترويج الناشئ عن التدويل الأقل أو القبول الأقل للنماذج الاجتماعية ظهر ا رأة، ولكن ليس بسبب التدخلات ا باشرة ا وجهة إ ا راهق غ الطبيعيين مواقفهم القوتية وسلوكاتهم.

أظهرت هذه الدراسات عموم ، مز من النتائج و تسمح حـ الآن بتأكيد الاستنتاجات عن فعالية ال امج الواقية من اضطراب الأكل. فضلاً عن ذلك، د أي دراسة بينة عن إنقاص بدء اضطرابات الأكل كنتيجة لبعض التدخلات. وا اجة ماسة زيد من البحوث عن عوامل الاختطار وعن العوامل ال كن أن تفرق ب ال امج الناجحة وال امج غ الناجحة وتتنبأ ن يستفيد من أي نوع من هذه ال امج.

الاضطرابات ا تعلقة بتعاطي العقاق وا واد

تتضمن الوقاية من الاضطرابات النفسية والسلوكية النا ة عن استعمال ا واد النفسانية التأث : الوقاية من الانسمام ا اد والاعتماد والتأث ات الضارة للتعاطي. يشمل مصطلح ا واد النفسانية التأث "التبغ، والكحول، والعقاق غ ا شروعة (مثل ا ورف ، والكانابينويدات وا شيش، والكوكاي) بالإضافة إ الوصفات الدوائية للمواد النفسانية التأث وا ذيبات. يسبب التبغ كعامل اختطار٤,١٪ من عوامل الاختطار من العبء الإ ا للعجز على مستوى العا . ويقدر القرن الواحد والعشرين بأن التبغ سيكون السبب مليار وفاة العا كله. و دث ثلاثة أرباع هذه الوفيات الدول الفق ة. يستهلك مليارين من البشر الأشربة الكحولية على مستوى العا و ة٧٥ مليون ن شُخصَ لديهم اضطرابات نا ة عن تعاطي الكحول. يسبب الكحول كعامل اختطار ٤٪ من العبء الإ ا للعجز. إن استهلاك الكحول هو عامل الاختطار الرئيسي عبء ا رض الدول الفق ة ا نخفضة الوفيات. ويستهلك الدول الغنية حوا ١٠-٣٠٪ من الشارب ا ناسبات حوا ٦٠ غرام على الأقل من الكحول (ستة شربات)، وهو مقياس للانسمام، ويستهلك٢٥٪ من الرجال و١٠٪ من النساء الكحول ستويات خطرة وضارة بصحتهم، ويتراوح معدل انتشار الاعتماد على الكحول ماب ٣-٥٪. وانطلاق من التأث ات ا باشرة للانسمام والاعتماد الناشئ عن اضطرابات استعمال الكحول يقدر بأن الكحول هو السبب وا ٢٠-٣٠٪ ا يلي عا ي أي: سرطان ا ريء، وسرطان الكبد، وتشمع الكبد، والقتل، والصرع، وحوادث ا ركبات الآلية. وقدر التسعينيات من القرن ا نصرم بأن حوا ٤,٢٪ من السكان إ الاً من العمر١٥عام فما فوق يستعملون العقاق غ ا شروعة، ال تسبب ٠,٨٪ من العبء الإ ا للعجز.

التدخلات العامة

تتضمن التدخلات الفعالة ا نتظمة عند مدمـ ا واد وال كن تنفيذها على ا ستويات الدولية والوطنية والإقليمية وا حلية: الضرائب وتقييد ا صول وا نع الشامل ميع أشكال الدعاية ا باشرة وغ ا باشرة. أدت التدخلات السياسية ال تنقص الضرر الناجم عن ا واد إ الوقاية من اضطرابات استعمال ا واد والعقاق . ولقد تضمنت التداب السياسية الوقائية الفعالة الأخرى التدخلات الإعلامية، والتدخلات ا جتمعية الشاملة، وبدرجة أقل التدخلات ا درسية ا ُرَتكز.

التدخلات الإعلامية

ة تراكم متواصل البينات عن العقابيل الصحية للتبغ، والتلكؤ استجابة ا ستهلك ذه ا علومات. ولقد قدر بأن كل زيادة قدار١٠٪ من الإنفاق على ا ملات الإعلامية تنقص مبيعات السجائر وا ٥٪. وهذا يش إ ا اجة لنشر ا علومات الدول الفق ة والغنية وا توسطة.

عند التطبيق على الكحول، فإن استراتيجيات التثقيف والإقناع عادة ما تتعامل بدرجة أقل مع الشارب و اطر القيادة ت تأث الكحول وما يتصل ا من موضوعات. وعلى الرغم من نيا ا ا سنة، فإن إعلانات ا دمات العمومية تعد ترياقا غ فعال وجه الرسائل العالية ا ودة ا قبل الشرب ال تبدو أكثر تواتر كإعلانات مدفوعة الثمن من قبل ا صانع وسائل الإعلام. إن التدخلات الإعلامية ال تستعمل استراتيجية عامة ا أثر دود على استعمال الكحول وا شاكل ذات الصلة بتعاطيه.

التدخلات ا جتمعية الشاملة

استعملت التدخلات ا جتمعية على نطاق واسع لتشجيع التوبة عن التدخ . ولو أن بعض ال امج ا جتمعية الواسعة أظهرت النجاح، فإن معظم التأث ات كانت ضئيلة وأقل بالتأكيد ما يتوقع حسب ا هود والنفقات. وعلى الرغم من التأث القليل على السلوك التدخي فيمكن أن يترجم إ تأث صحي عمومي واسع إن نفذ الدولة كلها.

استعمل ريك ا جتمع لزيادة الوعي با شاكل ا صاحبة لفرضيات الشرب، وتطوير ا لول النوعية للمشاكل والضغط على أصحاب ا مارات للاعتراف بأنم مسؤولون عن ا جتمع ا ص القضايا ذات الصلة با مارات وأماكن شرب الكحول مثل مستوى الضجيج وسلوك الزبائن وأصحاب ا انات. يوحي التقييم بأن ريك ا جتمع كن أن ينجح إنقاص العدوانية وا شاكل الأخرى ذات الصلة بالشرب الأماكن ا رخصة. مثلاً: إن التدخل الشامل ا صمم لي باسم مشروع ا فاظ على ا ياة، يتضمن ا ملات الإعلامية، وبرامج ا علومات أماكن العمل، وتدريب الشرطة، والتثقيف الصحي ء الزملاء وقادا م ا دارس الثانوية، وبرامج الوقاية الكليات وسائر النشاطات،كل ذلك قد أنقص من الاصطدامات القاتلة وا ٢٥٪، وأنقص بنسبة ٤٧٪ من عدد ا روح القاتلة عند السائق الذين كانوا ت تأث الكحول، وأنقص بنسبة ٥٪ من جروح الاصطدامات ا رئية وخففت بنسبة ٨٪ من جروح الاصطدامات ال تصيب الفئة العمرية من ١٦-٢٥ عام .

برامج الوقاية ا لدرسية اُلْرَتكز

إن هدف معظم الـ امج التثقيفية ا لدرسية اُلْرَتكز هو تغيـ ا عتقدات وا واقف والسلوك عند ا راهق ا دخن أو الذين يتعاطون ا خدرات أو ا سكرات. أو تعديل العوامل مثل ا هارات الاجتماعية العامة وتقدير الذات الـ تكون مفترضة ومستبطنة عند ا راهق ا دخن أو الذين يتعاطون ا خدرات أو ا سكرات.

أظهرت الـ امج ا درسية ا بكرة ا رتكزة إ ا قاربات ا علوماتية وتعليم التلاميذ عن تأثـ ات استعمال العقاقـ وأخطارها: زيادة ا علومات وتبدلات ا واقف ـو تعاطي التبغ والكحول والعقاقـ ، ولكن واقع تعاطي هذه العقاقـ وا واد بقى كما هو. وعندما تستعمل التدخلات ا درسية اُلْرَتكز ا عايـ التثقيفية الأحدث والابتكارات التدريبية ـهارات ا قاومة، فإنـا ـدث تأثـ ات وقائية عمومـ ، ولكن يبدو أنـا قصـ ة الأجل مـا تترافق مع فصول داعمة مستمرة.

تضمنت بعض هذه الـ امج، مثل مشروع الوقاية ا ـزء الشمـا من البلاد أو الغرب الأوسط الولايات ا تحدة الأمريكية: التثقيف على ا ستوى الفردي والتدخلات على ا ستوى العائلي وا جتمعي، والذي أدى إ زيادة النجاح. إن مشروع الوقاية الغرب الأوسط الولايات ا تحدة الأمريكية على سبيل ا ثال كان قد نفذ ٥٠ مدرسة عمومية ١٥ تمع كنساس. وتكرر تطبيقه ٥٧ مدرسة و١١ تمع ولاية أخرى. ولقد احتوى التدخل سة مكونات، وهي: ١- برنامج مرتكز على الفصول ا درسية (١٠-١٣ فصلاً) مع سة فصول داعمة أو معززة، ٢- برنامج إعلامي ٣- برنامج تثقيف ا ؤسسة والآباء ٤- تدريب قادة ا جتمع ٥- تغيـ السياسة ا حلية ـبادرة من التنظيم ا جتمعي. ـة اختلافات انتشار التسجيل الذا الشهري عن الشرب ـ الـ نامج وا دارس ا قارنة الـ كانت هامة إحصائيـ بعد سنة واحدة، ولو أنـا تتغـ بعد ثلاث سنـ . والتأثـ ات على الانسمامات الشهرية كانت هامة إحصائيـ حـ نـاية ا درسة الثانوية.

التدخلات الانتقائية وا ستطبة

كانت التدخلات ا ختصرة فعالة جـد بالإضافة إ ا دوى الاقتصادية للتوبة عن التدخـ و فيض ـاطر استهلاك الكحول وأضرار تعاطيه، أدت النصيحة ا ختصرة من الطبيب ا مارس العام الـ تعطي روتينيـ إ يع ا رضى ا دخن ؛ إ ٤٠٪ من ـاولات التوبة وإ حوا ٥٪ من التوبة ـدة ٦ أشهر على الأقل. (وهي منبئ قوي عن النجاح الدائم). إن إضافة معيضات النيكوتـ قد زاد من وصول معدل التوبة إ ١٠٪. و تقدر التكاليف الدول الغنية ـسب سنوات العمر ا صححة باحتساب مدة العجزDALY وبعد استعمال النصائح ا ختصرة ومعيضات النيكوتـ ـوا ٢٢٠٠ دولار دو . وأما الدول الفقـ ة وا توسطة الدخل فتقدر التكاليف ـسب الدول مابـ ٣٠-٧٠٠ دولار دو . إن عدد ا رضى الذين ـتاجون للمعا ـة من ـاطر الكحول وأضرار تعاطيه ـعل مريض واحد يتوقف عن التعاطي هو مابـ ٨-١٠ مرضى ـوذجيـ . و الدول الغنية، تقدر التكاليف ـسب باستعمال النصيحة ا ختصرة أوضاع الرعاية الأولية حوا ٢٣٠٠ دولار دو . ولقد نوقشت القسم الثالث براهـ

إضافية ذات صلة بالتدخ واستعمال ا واد الأخرى خلال ا مل، و ة معلومات إضافية عن الوقاية من استعمال ا واد النفسانية التأث موجودة ا رجع (WHO 2002b).

الاضطرابات الذهانية

ثل البدء بالاعتلال الذها كارثة شخصية شديدة على مساق حياة الفرد، لاتتضمن الاعتلالات الذهانية الُفصام فحسب أو الاضطراب الُفصامي أو ا نفصم العواطف ولكن تتضمن أيض الذهانات غ النموذجية والعاطفية، وتصل الذهانات ا الات النموذجية إ نتائج أبعد وميادين متعددة على حياة من يعا من هذه الاضطرابات،تكون ذروة بدء الاعتلالات الذهانية آخر ا راهقة وبداية الكهولة. إن الُفصام هو العلة الذهانية الأكثر تصادف . ويقدر انتشار الُفصام على مدى ا ياة وا ١٪، وأما معدل الانتشار النقطي فهو ٠,٥٪ و دراسة العبء العا ي للمرض عام ٢٠٠٠ تب أن الُفصام يشكل ٢,٨ من السنوات الضائعة بسبب ا وت وحوا ١,١٪ من سنوات العمر ا صححة باحتساب مدة العجزDALY. و ة تكاليف اقتصادية ة تصاحب الُفصام أيض ، وذلك بسبب انتشاره ا رتفع نسبة إ وقوعه ا نخفض. ولقد قدر تقرير منظمة الصحة العا ية WHO عن الصحة بأن النفقات ا باشرة للُفصام الولايات ا تحدة الأمريكية عام١٩٩١حوا ١٩مليار دولار. و عام٢٠٠١كان الإنفاق ا باشر على الُفصام استراليا ا يعد إنفاقها أقل إنفاق ب الدول الغنية حوا ٦٦١ مليون دولار استرا (أي ١,٢٪ من الإنفاق الصحي الوط) أو ١٨٠٠٠ دولار استرا لكل مصاب بالُفصام، وأما التكاليف غ ا باشرة أو ا نقولة فتضيف حوا ٢,١ مليار دولار استرا .

إن الُفصام هو اضطراب له تعب ات طية ظاهرية متفاوتة، وفهم أسبابه ا عقدة غ كاف، ويكتنف الُفصام عدة عوامل وراثية رئيسية تسهم حدوثه، بالإضافة إ العوامل البيئية ا تتداخل مع الاستعداد الوراثي وتتآثر معه. إن سرعة التأثر الوراثي معقدة وينظر ا الآن كتوليفة متفاوتة تكتنف عدة جينات وراثية ذات أثر ضئيل. وعوامل الاختطار البيئية ضرورية أيض وبعضها قد يعمل خلق حالة من سرعة التأثر العصبية النمائية. تتضمن مسا ة مثل هذه العوامل الاختطارية ا ضاعفات التوليدية، والرضوح الطفولة، وا جرة، ونوعية التربية ا حيط والبيئة، والفساد الاجتماعي الاقتصادي، والولادة ا ضر.

تتضمن النظريات البيولوجية عن عوامل الاختطار الفرضية الف وسية ا توحي بأن التعرض للعوامل الف وسية الأثلوث الثا من ا مل له تأث على النماء العص الذي يؤدي ا ستقبل إ ا عاناة من العلل الذهانية. و ة دراسات أيض توحي بأن مضاعفات ا مل والولادة هي أسباب مسا ة الُفصام. وفيما يتعلق بالفرضية الاجتماعية السببية فلقد تب الاحتمال الأك بأن يصاب الأشخاص ا ناطق ا ضرية بالعلل الذهانية أكثر ن يعيشون الأرياف. ويعد استعمال ا واد غ ا شروعة ولاسيما ا شيش والقنب من أقوى الأسباب ا شهورة كعامل اختطار تطور الذهانات.

ا كانت الوقاية العامة من الذهانات ليست كنة ح الآن، فقد استعملت بعض الطرق ء بعض الاضطرابات البدنية من خلال التمنيع أو من خلال استهداف عوامل الاختطار، و تلف الاستراتيجيات

ا تممة، وذلك من أجل تشجيع طلب ا ساعدة ا بكرة من قبل ا ختطرين ولتطوير أفضل الطرق لاستعراف ا ختطرين ولاكتشاف التدخلات ا بتكرة، و ة مثالان عن مثل هذه الاستراتيجيات التدخلية ا بكرة نورد ا فيما يلي:

ا عرفة الصحية النفسية وطلب ا ساعدة بدء الاضطراب الذها

إن معدل الانتشار ا رتفع للمشاكل الصحية النفسية عند الشباب، يطرح ا قيقة بأن الفئة العمرية من ١٢-٢٦ سنة ثل ذروة الفترة لبدء الاضطرابات النفسية على امتداد ا ياة، ويقدم ال هان على سن النتائج عند التقصي ا بكر ومعا ة الاكتئاب والذهانات، ر ا تزود الوقاية ا ستطبة السكانية أُمْرَتَكز واستراتيجيات التدخل ا بكرة بالفرص الثمينة للإقلال من العبء ا ائل ذه الاضطرابات.
إن ا ملات الإعلامية العديدة ال تزيد من ا عرفة الصحية النفسية كانت مكون تكاملي للدراسة الاسكندنافية عن الاستعراف وا عا ة ا بكرة للذهانات وتعي هويتها، ولقد استهدف ا شروع البحثي الاستقصاء ا بكر للنوائب الذهانية الأو ، ولقد قارنت الدراسة الاسكندنافية قطاع ا دمات ا غرا أُمْرَتَكز الذي كان خاضع للتنفيذ الثنائي لفرق التقصي ا بكر وا ملات الإعلامية التثقيفية العمومية، مع قطاع من ا دمات باستعمال التقصي ا وجود ونظم الإحالة. ولقد ا فض التأخر ا عا ة قطاع التقصي ا بكر وا ٩٠٪، أظهرت ا ملات الإعلامية التثقيفية العمومية أنا فعالة تقوية ا عرفة الصحية النفسية وتعزيز طلب ا ساعدة. والتأخر معا ة النوائب الأو معروف كعامل اختطار للبدء النوائب التالية.
وأما ا يل الثا من ا شاريع، فهو استراتيجية البوصلة، وهي لة للتوعية ا جتمعية أُمْبَرْهَنَة ا بنية على الدراسة الاسكندنافية ودراسات التأخر. إن استراتيجية البوصلة هي لة توعية للمجتمع ٦دف إ تعزيز الطلب ا بكر للمساعدة للتغلب على ا شاكل الصحية النفسية عند الشباب. والغاية من استراتيجية البوصلة التطوير والتنفيذ ملة إعلامية تمعية فعالة تُحسنُ ا عرفة الصحية النفسية عند الشباب وعائلا٦م وسائر أعضاء ا جتمع ا عني . وكذلك زيادة معدلات طلب ا ساعدة والإقلال من التأخر ا عا ة عند الشباب الفئة العمرية ماب ١٢ و٢٥سنة الذين يعانون من بداية اضطراب ا زاج أو الذهان، استرشد تصميم استراتيجية البوصلة بنموذج (Preced-Proceed) لتعزيز الصحة، وله٣ عناصر جوهرية وهي ١- آليات الاستشارة ا جتمعية ٢- النماذج الإعلامية ٣- بنية التقييم ا كثف. إن التدب العديد ا ستويات والبنية الاستشارية يوجه الاستراتيجيات ا نسجمة مع مبادئ التخطيط ا شترك، وقد نفذ استراليا منذ ٢٠٠١ وكان يقيم بأسلوب منهجي.

التدخل السابق للذهان الُفصام والاضطرابات ذات الصلة

كان وذج تقصي الأفراد الذي جرب كث البادرة ال دعمت موجة الدراسات ا ديثة، وهي الانطلاقة ا امة من ا ساعي ا بكرة لاستعراف الأتراب ا رتفعي الاختطار، ركزت ا قاربات التقليدية للأتراب ا رتفعي الاختطار على الأفراد ا نحدرين من عائلات ا سوابق الاضطراب الذها (الُفصام عادة)

باكورة الطفولة ومراقبتهم طوال الوقت، وأحيانا لأكثر من٣٥سنة. ذه الطريقة نقاط ضعف عديدة، وهي ا فاض القيمة التنبؤية وا ستوى ا رتفع من الإ ابيات الكاذبة.
إن تطور استراتيجية الاختطار ا رتفع جد (التطويق) لاستعراف ا مهرات ذات ا عدلات ا رتفعة من الانتقال إ الذهانات، وا عدل ا رتفع للإ ابية الكاذبة، وقصر فترة ا راقبة با قارنة مع الدراسات الوراثية التقليدية كل ذلك كان هام عملية التدخلات الوقائية ا بكرة جد الذهانات. إن فرضية بل أي التقصي ا تعدد البوابات و التطويق ا تابعة الانتقائية للأتراب الذين تمل وقوعهم خطر الذهانات قد قلصت معدلات الإ ابية الكاذبة، ولقد انتقلت هذه الأفكار إ ا مارسة ملبورن باستراليا عام ١٩٩٤ مستشفى PACE. ولقد تطورت هذه ا قاربة الآن عدد من ا امج البحثية السريرية الأخرى ء العا . ولقد أظهر مستشفى PACE ودراسة معشاة ذات شواهد بينة جلية بأنه من ا مكن تأخ البدء بالنائبة الذهانية الأو باستعمال توليفة من جرعة غ وذجية من الأدوية ا ضادة للذهان وا عا ة ا عرفية. إن هذه الدراسة قيد التكرار والتوسيع PACE وعدة مراكز دولية أخرى.

الإنتحار

مات حوا ٤٨٩٠٠٠ شخص العا عام ٢٠٠١ م بسبب الانتحار سب التقديرات التقريبية نظمة الصحة العا ية WHO، وأما العام٢٠٢٠ فتش التقديرات إ ١,٢ مليون، وسيقوم ماب عشرة أضعاف إ عشرين ضعف من هذا الرقم حاولة الانتحار، و معظم الدول الأوربية فإن الرقم السنوي للانتحار أك من الرقم السنوي للموت بسبب حوادث ا رور، و عام٢٠٠١ العا كله كان عدد الأموات ا نتحرين أك من عدد ا وتى بسبب العنف (٥٠٠ ألف) وا رب (٢٣٠ ألف) . تظهر معدلات الانتحار وا اها١٦ تفاوتات واسعة ء الدول، وعلى سبيل ا ثال فإن معدلات الانتحار السنوي من ٤٨٪ إ ٧٩,٣٪ لكل مئة ألف ذكر موجودة العديد من دول أوربا الوسطى والشرقية، بينما توجد ا عدلات الأخفض أي ٤ لكل مئة ألف ذكر الدول الإسلامية والعديد من دول أمريكة اللاتينية. تزداد معدلات الانتحار بتقدم العمر، ولو أن العديد من الدراسات قد أظهر مؤخر زيادة منذرة معدلات السلوك الانتحاري ب الشباب الفئة العمرية ماب ١٥-٢٥سنة.إن عوامل الاختطار الأهم ا هن عليها الانتحار هي الاضطرابات النفسية (غالب الاكتئاب والفُصام)، والضوائق الاجتماعية ا ديثة والسابقة (مثل ن الطفولة، والانتهاك ا نسي أو ا سدي، والبطالة، والعزل الاجتماعي، وا شاكل الاقتصادية ا دية) أو الانتحار العائلة أو ب الأصدقاء أو الزملاء، ونقص إتاحة ا ساعدة النفسانية، وسهولة الوصول إ وسائل ارتكاب الانتحار.
مع أن تاريخ اولات التخطيط لإنقاص ا عدل الاجتماعي للانتحار يغطى عشرات السن ، فإن البينات ا تاحة عن نتائجها تبقى ضئيلة. ولقد كان العديد من الدراسات وصفيه ة طبيعته، والفرصة مكبوحة لإ اد التأث ات ا امة من الدراسات ذات الشواهد بسبب الوقوع ا نخفض للانتحار وا واجز الإثنية لاستعمال التجارب ا عشاة ذات الشواهد.
تتضمن معظم الاستراتيجيات الفعالة للوقاية من الانتحار ح الآن، وصف الأدوية ا ضادة للاكتئاب

للمرضى الذين يشكون من الاكتئاب وإنقاص وسائل ارتكاب الانتحار. ويوصى با قاربات العديدة ا كونات ا درسية اُ ْرَتكز للوقاية من الانتحار عند الشباب والأطفال.

مراكز الأزمات وا طوط ا اتفية ا باشرة ا ستمرة طيلة اليوم (Hot line)

ثل مراكز الأزمات وا طوط ا اتفية الساخنة واحدة من أقدم الاستراتيجيات ا نهجية للوقاية من الانتحار. ولقد درست النتائج ع العقود ا اضية و تزود بالبينة ا قنعة بأن مثل هذه ا طوط الساخنة وا عارك كان ا تأث ات على معدلات الانتحار، وتوحي بعض النتائج بتأث إ ا . وعلى سبيل ا ثال فإن هاتف فينيتو إيطاليا يساعد ا سن ا شمول دمة الزيارة ا لية، و دراسة شبه ريبية على مدى١١عام ، لوحظ ا فاض نسبة الانتحار وا ٧١٪ ب ١٨٦٤١من مراجعي خدمات ا سن با قارنة مع موعة سكانية مشا٦ة.

ال امج ا درسية اُ ْرَتكز

فشل التثقيف عن الانتحار الأوضاع ا درسية بإظهار أى تأث على السلوك الانتحاري. بل ة إشارات بأن مثل هذا التثقيف قد يزيد من عدد التلاميذ الذين يعتقدون أن الانتحار حل كن شاكلهم. إن التقصي ا نهجي ا باشر للمراهق باستعمال منبئات الانتحار ا هن عليها، جدير بأن يكون استراتيجية صحية عمومية فعالة التوجه و الانتحار ب ا راهق ، ومع ذلك، ُنفذ برنامج واحد مدرسي اُ ْرَتكز هو" برنامج تدب الأزمات ا درسية والوقاية من الانتحار، وذلك مدرسة عمومية إحدى مقاطعات فلوريدا بالولايات ا تحدة الأمريكية، و ل ٣٣٠٠٠٠ طفل ومراهق ا دارس الابتدائية وا توسطة والثانوية. ولقد قام هذا ال نامج الشامل بتنفيذ سياسة الوقاية ا درسية من الانتحار، وتدريب ا درس وا وجه ، وتثقيف الآباء، وتنفيذ منهج مدرسي عن مهارات ا ياة وتدب الكرب والإجهاد عند التلاميذ، وقام بتأسيس فريق الأزمات كل مدرسة. و س سن من الدراسة الطولانية، وجد نقص عدل٦٣٪ عن ا عدل السنوي للانتحار ب التلاميذ وحوا ٦٤٪ حاولات الانتحار.

التدخل ا بكر الرعاية الأولية ووصف الأدوية ا ضادة للذهان

توحي بعض الدراسات بأن تدريب ا مارس العام عا ة الاكتئاب والاعتراف به الرعاية الأولية كن أن سن من ا ودة والكمية ا عا ة ا بكرة للاكتئاب. ولقد أظهرت دراسة سويدية غ معشاة بأن مثل هذا التدريب قد ينقص من عدد الأيام ا رضية الاكتئابية ب مرضى الرعاية الأولية ومن عدد ا نتحرين. وكانت هذه التأث ات مؤقتة ومع ذلك فإنا تش إ ا اجة للفصول التعزيزية والداعمة وإ تكرار مثل هذه ال امج التدريبية. وتوحي دراسة أ انية بأن التأث ات الإ ابية عند ا رضى كانت بالدرجة الأو ب الذين أصيبوا بالبدء ا ديث للاكتئاب.

ولقد أظهرت العديد من الدراسات ا عشاة ذات الشواهد بينات عن الا فاض ا ام جد إحصائي

الانتحار كنتيجة لوصف مضادات الاكتئاب مثل باروكسيتة (paroxitine) (حوا ٨٢٪ وسطيا) وا عا ة الصائنة بالليثيوم (٧٢٪ وسطيا).

الإقلال من إتاحة وسائل الانتحار

إن ط الوقاية من الانتحار ا هن والأوضح والأكثر إثارة النتائج هو مايتعلق بالإقلال من إتاحة وسائل ارتكاب الانتحار. تتضمن الاستراتيجيات إزالة السمية من الغازات ا لية وما تنفثه السيارات، وتداب السلامة ا با الشاهقة وا سور. ومراقبة ا صول على ا هدئات وا سكنات، وتقييد ا صول على مبيدات ا وام وا شرات، ولقد وضعت منظمة الصحة العا ية WHO فيض الوسائل ا تاحة لارتكاب الانتحار كمكون استراتيجي أساسي للوقاية من الانتحار وذج "الإنسان البيئي".

القسم ا امس: طريق التقدم

أظهرت اا اه ا قدمة هذا التقرير إمكانية الوقاية من الاضطرابات النفسية و فيض اختطار الاعتلالات النفسية، ولقد تطورعلى مدى العقود الثلاثة ا اضية طيف واسع من اا امج والسياسات ا هن عليها واا حت بتخفيض عوامل الاختطار وتقوية العوامل الواقية واا لمت ال الوقاية الأولية كلها، ولذا فقد توجهت إ السكان عموه وإ السكان ا ختطرين ا ستطب والانتقائي . ولقد ظهر أن ا فاض بدء بعض الاضطرابات النفسية ناجم عن اا امج الوقائية الأولية. إن استهداف عوامل الاختطار والعوامل الواقية كطيف كامل، وتعميم التأث ات الوقائية عند السكان إ االاً، يتطلب االاً من التدخلات الفعالة لتوسيع مداها العقود القادمة.

قد فتح العلم والانعكاسات ا نهجية على ا مارسات الوقائية السابقة وا الية؛ البصائر أمام ا طوات والشروط ا طلوبة لتطوير التأث الوقائي ضد الاضطرابات النفسية وضعف الصحة النفسية العا . وهو ما سنراه أدناه.

ولتسهيل التنفيذ الفعال ذه ا طوات ء الدول ومن خلا ا، ب أن تتلاقي الشروط ا طلوبة لمي ووطني ودولي . واا تتضمن السياسات الوطنية، وا شاركة ب أصحاب الشأن ا عني ، والسعة البنائية والتدريب لتنمية ا ات، ودعم البحوث لتنفيذ اا امج والسياسات الفعالة وتطويرها، وا وارد والبنية التحتية اا تسهل صياغة السياسات وتطوير اا امج، والاستعدادات ا سبقة للخدمات وغ ها. وتبقى هذه الشروط عدة دول غ متطورة أو سيئة التنفيذ.

ا راحل الواجبة

تقييم ا اجات وتطوير اا امج

ا اجات اا تتوجه إ ا جتمع وعوامل الاختطار والعوامل الواقية أُبْرِهَنة

- ب أن تتوجه السياسات الوقائية إ التقييم ا رتكز إ حاجات الصحة النفسية العمومية.
- ب أن توجه اا امج إ عوامل الاختطار والعوامل الواقية البيولوجية والنفسانية والاجتماعية ا رتكزة إ اا هان، وتداخلاا وتأثراا على مدى ا ياة، لكي تكون فعالة.
- ب تطوير التدخلات اا وز سعة وقدرة على الوصول للسكان ا حتاج ، لكي يتوسع الأثر الوقائي للتدخلات على الصحة النفسية للسكان يعهم.

اا امج الوقائية ا رتكزة إ مبادئ الفعالية

على الرغم من وجود العديد من اا امج الوقائية الفعالة، فإن فعاليتها وجدواها الاقتصادية مازالت اجة إ سينات إضافية. إن تاريخ البحوث الطويل وتطورالوقاية قد وجه الأنظار و الاستراتيجيات والشروط ا طلوبة لتطوير السياسات و اا امج الوقائية الفعالة لتجنب الفشل. وعلى سبيل ا ثال، كن توقع ا زيد من الفعالية من اا امج اا تولف أو تشرك التدخلات العديدة ا وجهة و أهداف وقائية مشاا ة وا وصى اا اجات ا مهرات ا ستهدفة وأجزائها النوعية، واا تتواقت مع الفترات ا ساسة للتغي ، واا تستعمل ا بادئ أُبْرِهَنة لتغي السلوك يث تصل إ أوسع ا مهرات ا ختطرة.

- تاج مطورو الـ امج وا نفذون إ الاسترشاد با عارف ا تاحة عن خصائص الـ نامج وسائر ا بادئ اُمُبَرْهَنَة والشروط الـ كن أن تزيد من الفعالية ومن ا دوى الاقتصادية.

توجيه النتائج العديدة الصحة النفسية وا سدية وا يادين الاجتماعية

أظهرت الـ امج الوقائية ا تاحة اُمُبَرْهَنَة سن إ ابي الصحة النفسية، وسا ت الصحة ا سدية و تعميم الفوائد الاجتماعية والاقتصادية أكثر، توضح مثل هذه التدخلات العديدة النتائج بأن الوقاية ذات جدوى اقتصادية كنة، وإن إحدى ا شاكل الرئيسية علم الوقاية والسياسة هي زئة ا شاكل النفسية والاجتماعية والتربوية التعليمية والسلوكية، والتشريعية. ترتبط مشاكل عديدة ببعضها أو تتشارك عوامل الاختطار الـ كن التوجه ا بطريقة متواقتة. كن أن لب تراكم النتائج القريبة العديدة ء ا يادين الوظيفية و الاستراتيجيات الفعالة أكثر من ع الـ امج ذات النتائج ا زئية. سيقدم تراكم النتائج ء ا يادين الصحية والاجتماعية ا جادلات الأكثر إقناع للمعني العديدين لاستثمارها الوقاية ا ستويات الوطنية وا حلية.

- ينبغي أن تتوجه الـ امج و النتائج العديدة، لذا ينبغي أن تكون قادرة على إنقاص اختطار ا شاكل الصحية النفسية والاضطرابات النفسية، وأن سن الصحة النفسية والبدنية بأسلوب متزامن، وأن تعمم ا نافع الاقتصادية والاجتماعية.

نشر ا علومات وتّبنيها

دعم تبادل ا علومات الشامل

ة ارسة متنامية لبذر أفضل ا مارسات والـ امج النموذجية والسياسات وتطويرها ونشرها ء الدول وا جتمعات، ستسهل مثل هذه ا شاركة الاستعمال ا ثا للموارد النادرة للدول وا جتمعات فردها من أجل الوقاية والبحوث الوقائية، ويب التاريخ بأن تطوير التدخلات الوقائية الفعالة يتطلب استثمارات طويلة الأجل لتحس الـ امج و وث التقييم وتطوير الـ امج و وث عوامل الاختطار، وكذلك لاستقصاء البنية التحتية ا رئية من أجل تنفيذها. وبتقسيم هذه الأعمال على الدول وا جتمعات فإن حقل الوقاية سيتطور بسرعة أكثر وستزود كل دولة أو كل تمع جال أعمق من الوسائل الوقائية الـ تقيد وباء الاضطرابات النفسية وا شاكل ذات الصلة ا٦.

- لزيادة تأث السياسات والـ امج الوقائية ا تاحة اُمُبَرْهَنَة، ب تقوية انتشارها وتبنيها على مستوى العا لكي تسهل تنفيذها الواسع النطاق.

تطوير النظم ونشرها لي وطني

ب أن تتحسن إتاحة التدخلات اُمُبَرْهَنَة وطني ودولي لتسهيل بذر الـ امج والسياسات الفعالة وتطويرها العا . ولقد بدأت بعض الدول والأقاليم بتطوير قاعدة ا عطيات لنظمها الداخلية لتسهيل إتاحة الوصول ثل هذه الـ امج. و كن أن نكسب الكث عندما تصبح مثل هذه النظم معيارية ومتوافقة

أرجاء العا . ولزيادة احتمال تب السياسات والا امج أُ ﯨﺒْﺮَﻫَﻨَﺔ، تاج هذه النظم للانسجام مع حاجات صناع السياسات ومقدمي ا دمات وا مارس الدول الغنية وا توسطة والفق ة.

- تاج النظم ا تكاملة وا يسرة لقواعد ا معطيات الوطنية والدولية إ التطوير لتزويد الوكالات ا كومية وغ ا كومية بظروف التنفيذ الناجح ونتاجات الا امج وا دوى الاقتصادية والبحوث ذات الصلة. و ب أن تترجم ا علومات وا طبوعات إ اللغات الوطنية علها متاحة وميسرة للممارس وصناع السياسات وا بشرين ا حلي من أجل الصحة النفسية.
- ب أن توفر قاعدة ا معطيات با علومات عن النتائج العديدة وا دوى الاقتصادية لا امج الوقائية الا تلتقي مع اهتماما٦م، الا تتضمن الفوائد مابعد الصحة النفسية من أجل ا صول على الاستثمارات واكتناف ا نظمات ا كومية وغ ا كومية والأشخاص الرئيسي تلف القطاعات (مثل الصحة، والتربية والتعليم، والعمل، والصناعة، والعدل) و ث الاهتمام عند ا مهرات ا ستهدفة.

التكيف وا لائمة

التطوير الثقا لا امج على ضوء مبادئ الفعالية

على الرغم من الا اهد ا تاحة عن فعالية الا امج والسياسات الوقائية على الصحة النفسية، فإن ا عارف الشائعة غالبا ماتبقى مرتكزة حصري على التجارب التدخلية الدول ا وسرة، وذلك الولايات ا تحدة الأمريكية وكندا واستراليا ودول ال أوربا. ويعرف القليل عن قو٦ا ا رئية وفعاليتها الدول ا توسطة والفق ة. بدأت السياسات والبحوث ا ديثة عن التدخلات العديدة الثقافات وا مارسات ا تطورة الواطنة "indigenous البلدية"، بإخبارنا عن دور العوامل الثقافية تطوير التدخلات الوقائية. وُيطلب ا زيد من ا عارف عن ديد الأعمال ذات السياق الثقا أوالسياق الاقتصادي، كن أن تقودنا مثل هذه ا عارف لتب الا امج أُ ﯨﺒْﺮَﻫَﻨَﺔ عند تنفيذ سياق جديد وتطوير الا امج الواطنة ا ديدة والفعالة.

- التكيف الثقا وتكييف ا اجات لتصبح قابلة للتعهد من قبل مقدمي ا دمة، ولاسيما عندما تكون الا امج أُ ﯨﺒْﺮَﻫَﻨَﺔ قد جرى تكييفها من دول أخرى أوثقافات تلفة، أو عندما تنفذ تمعات و هرات مستهدفة تلف عن تلك الا جرى تطويرها واختبارها فيها.
- مع أن التكييف والتطوير الثقا ينبغي أن يسترشد بادئ التدخلات والتنفيذ الفعالة، فإن ا علومات عن ا صائص الا تعد أساسية الفعالية ينبغي أن تبذر وتطور.

استعمال الاستراتيجيات ا كيفة وتقوية الفعالية

ر ا لا يكون التطوير مطلوبا عندما تكون الا امج أُ ﯨﺒْﺮَﻫَﻨَﺔ مكيفة ء الدول فحسب، ولكنه يطلب كذلك عند ا بادلة ب ا جتمعات من خلال الدولة نفسها أو عند تطبيقها على هرات جديدة تطرة. إن تكييف الا امج حسب الأوضاع ا حلية أو الثقافية أو ا اجات أو الأجزاء ا ختلفة للجمهرة ا ستهدفة ضروري. و تاج للموازنة ب صحة الا امج وب إعادة ابتكارها بوساطة تقييم ا اجات ا حلية والفرص، ومعرفة مبادئ الوقاية الفعالة.

- كن أن تزداد فعالية ال امج ا ديثة أو ا كيفة بتطبيق استراتيجيات التكييف ال تستجيب للحاجات الثقافية وخصائص ا مهرات الصغ ة.
- تاج للمزيد من البص ة لتطوير السياسات و ال امج اُ ْبَرهَنَة القابلة للنقل أو إعادة ابتكارها أو لتكييفها، وذلك ع الدول والثقافات. ينبغي لتقييم ا هود والتعاون الدو أن يزود بالفرص ال جرى التعلم منها ال تعمم ا عارف ا ديدة عن مثل هذه العمليات.

التنفيذ

يعتمد تأث السياسات وال امج اُ ْبَرهَنَة ال الصحة النفسية للمجتمعات وا مهرات على اختيارها الدقيق وجودتها وسلم تنفيذها.

دعم سلم التنفيذ الواسع للسياسات وال امج اُ ْبَرهَنَة

ثبت التنفيذ الناجح العديد من الدراسات، ومع ذلك فإن معظم التأث ات الوقائية ا سجلة قد درست فقط ضمن ارب الفعالية ال ت السياق ريبي والذي ر ا لايعكس الإجراءات والأوضاع اليومية تمع ا مارسة.

- ينبغي أن نضع با سبان ما الذي ي هن على الفعالية وأين يقع ا يار ا مكن من ب ال الاستراتيجيات والتدخلات اُ ْبَرهَنَة، وذلك لاختيار ما الذي سينفذ أو ارس، أو يتخذ كسياسة.
- تاج الباحثون وا مارسون لتطوير موعة من ا عاي ال دد م يكون ال نامج جاهز ثل هذا التنفيذ، وينبغي ثل هذه ا عاي أن تكون حساسة للاختلافات ا حلية والوطنية والإقليمية سب ا عاي الثقافية ا ثالية، وا وارد ا تاحة، وا ات والتسهيلات البحثية. وذلك لتحس التنفيذ الواسع الدرجات.

ضمان جودة التنفيذ العالية

إن ا ودة العالية التنفيذ حا ة فعالية ال امج الوقائية ولضمان تكرار نتائجها اُ ْبَرهَنَة مقرات جديدة. إن أحد العناصر الرئيسية للتنفيذ العا ا ودة هو التنفيذ الو . وهذا يتطلب من ال امج والسياسات أن تنفذ كما هو مشار، كن دعم التنفيذ الو بإتاحة ا صول على وثائق ال نامج، والتدريب ا ستمر نفذي ال نامج وا شرف على تنفيذه.

- ب حث ا مارس وا نفذين لل نامج على ضمان ا ودة العالية للتنفيذ الو الأم ، مثل دليل الاحتياطات، ودلائل التنفيذ الفعال، والتدريب والإشراف.
- ينبغي أن يتوجه ا مارسون والباحثون وصناع السياسات إ أي عيوب أو مثالب أو مواطن ضعف إجراءات التنفيذ ا سجلة أو الاختبار، وذلك لاستعراف فرص التحس .

الرصد والتقييم

تطوير النظم وتنفيذها لتقييم النوعية والتحسن

أظهرت دراسة النتائج ا اجة إ التحسينات الإضافية النجاعة، والفعالية، وا دوى الاقتصادية لا امج الوقائية، ولتحس الفعالية ب ابتكار النظم التعليمية لإخبار ا ستهلك وا مارس ومقدمي ا دمات وصناع السياسات عن ا ستوى ا ا من الفعالية وعن فرص التحس الإضافية.

- ينبغي أن يوجه التنفيذ من قبل مقدمي ا دمة ال نامج بوساطة الار اع (التغذية الراجعة) ء نظم رصد ا جتمع ومراقبة تداب تقييم ا ودة التنفيذ ، وء الدراسات ذات الشواهد أو الدراسات الكيفية. وباستعمال ا شعرات الاجتماعية والصحية، والصحية النفسية.

ا تابعات الطويلة الأجل

ستحسن تقييمات ا تابعة الطويلة الأجل من معرفة تأث ات ال نامج وستؤدي إ توضيح ا زيد من الرسائل ا بشرة ا قنعة ال تؤثر على دعم التدخلات الوقائية وتعزيزها. وينبغي أن تقود القرارات عن ديد مدة هذه التدخلات ومكا نا.

- ب أن يضع الباحثون تقييمات ا تابعة الطويلة الأجل نتائج دراسا٦م لإعطاء الوقت الكا لكي تظهر التدخلات تأث ها وللتزويد بالتقدير التراكمي دة التأث ات.

ضمان ا ؤازرة والرعاية

التأسيس والبناء سب السياسات وا وارد ال تسهل مؤازرة التنفيذ ورعايته

إن أثر ال امج ا ُبَرْهَنة على الصحة النفسية للسكان يعتمد على مدة تنفيذها، وغالب ما تتحدد فعالية ال امج عوقات مؤازر٦ا. و ب التأكيد بأن التدخلات الوقائية كن أن تتعزز وتب على ا وارد الواطنة ويتعاظم تأث ها رور الوقت.

- ب تطوير إمكانات ا جتمع لدعم الاستراتيجيات ورعايتها ومؤازر٦ا من خلال الوكالات الصحية؛ لتعميم الفوائد على الصحة العمومية والصحة النفسية لفترة طويلة من الزمن.
- ينبغي للسلطات ا كومية ومقدمي ا دمات اختيار ال امج والسياسات ال كن أن ترتكز إ الب التحتية وا وارد ا وجودة، لتقوية رعاية التنفيذ. ينبغي أن تتكامل مكونات الوقاية الصحة النفسية وتعزيزها هيكلي مع برامج تعزيزالصحة النفسية الفعالة ا وجودة والسياسات الاجتماعية ا دارس وأماكن العمل وا جتمعات.

الشروط ا طلوبة

السياسات

تنمية السياسة الوطنية للوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيزالصحة النفسية ضمن سياق الصحة العمومية والسياسة العمومية

للتطوير الإضا ولتنفيذ السياسات وا امج ا ُبَرْهَنة وا طوات والشروط الضرورية ب أن توجه بالسياسات الشاملة على ا ستويات ا حلية والوطنية والإقليمية. إن العلاقة ب الصحة النفسية والبدنية تبر ا اجة ا اسة لتكامل الوقاية وتعزيزالصحة النفسية من خلال خطة عمل صحية عمومية شاملة أوسع.

- ب حث الوكالات ا كومية لتطوير السياسات الوطنية وا حلية للوقاية من الاضطرابات النفسية ولتعزيزالصحة النفسية انطلاقا من السياسة الصحية العمومية وا وازنة ب ا مارسات العلاجية والصائنة من أجل الاضطرابات النفسية ا وجودة.
- ينبغي للسياسات الصحية ا تساير تعزيزالصحة النفسية أن تكون سكانية التوجه وأن تشمل يع الأوضاع. وهذا يتضمن أفعالاً مثل تعزيز بدء ا ياة الصحية من خلال ا دمات الداعمة للآباء الشباب، وتقد التدخلات ا درسية ا ُرْتَكز ا بكرة من أجل النماء الصحي، و ريض الوقاية الصحية النفسية وسياسات الصداقة العائلية على مستوى أماكن العمل، و ا قق الزيادة التدريب الوقائي والشخصي والزيادة ا وارد على امتداد ا دمات الصحية، وأن تبتكر خدمات رعاية الأطفال ا يسرة وا تاحة وتدعم النظم ا جتمع، ولاسيما عند ا مهرات ا رتفعة الاختطار.
- ينبغي أن تتكامل الوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية من خلال ا قاربة السياسية العمومية ا يط العمل الأفقي من خلال القطاعات العمومية ا ختلفة مثل البيئة والإسكان والرفاه الاجتماعي والعمل والعمال، والتربية والتعليم، والشرطة والعدل و اية حقوق الإنسان.
- ينبغي أن تتوجه السياسات الوقائية و الشروط ا تاج إ التطوير والبذر وا ؤازرة والرعاية تنفيذ ا امج الوقائية ا ُبَرْهَنة ا مكنة.

استثمار الوقاية من خلال الرعاية الصحية الأولية والثانوية

إن مقدمي الرعاية الصحية الأولية والرعاية الصحية النفسية وا ستشفيات هم وضع استراتيجي لإدخال ا امج ا ُبَرْهَنة من أجل الوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية ضمن خدما٦م.

- إن السياسات الداعمة ا تتضمن الوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية الرعاية الصحية الأولية والثانوية مطلوبة بالتوازي مع زيادة موارد التدريب.
- إن ا ستوى العا من ا راضة ا شتركة للاضطرابات النفسية والعلاقة ا رتفعة ب الصحة النفسية والبدنية وا شاكل الاجتماعية كل ذلك يتطلب تكامل الاستراتيجيات من خلال

الرعاية الصحية الأولية والثانوية. ينبغي أن تركز مثل هذه الاستراتيجيات على عوامل الاختطار والعوامل الواقية ا شتركة، وعلى أولويات التدخلات الصحية النفسية ا يظهر أنا تؤثر عدة مشاكل تلفة.

سعة البناء والتدريب

ب توليف القدرات على ا ستوى ا حلي والوط لبناء ارسة وقائية ناجحة بلد ما.وهذا يتضمن القدرة على صنع السياسات، وتطوير ا نامج وتكييفه، والبحوث، واحتياطات ا دمات الوقائية، والبنية ا ؤسسية أو التنظيمية، والتبش من أجل الصحة النفسية، وتوظيف ا وارد الوقائية الصحية النفسية، و ب الاستجابة إ فرص التدريب لتأم ا ة ميع الأدوار وا هيمات ا تقع على عاتق ا نامج.

تطوير ا امج التدريبية للوقاية والتعزيز من أجل الصحة النفسية

- ب أن تبادر كل دولة لتطوير القدرات والتجارب على ا ستوى الوط وا حلي من أجل الوقاية ا ُبَرْهَنَة ال الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية.
- ينبغي كونات التدريب للوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية أن تُضمن با بادرات التدريبية ا وجودة ا تستهدف تعزيز الصحة، والصحة العمومية، والرعاية الصحية الأولية، والرعاية الصحية النفسية وما يتعلق ا من ضوابط.

تطوير التعاون الدو لتعزيز ا بادرات التدريبية

تتوزع الفرص ا الية للتدريب للوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية، على و غ متساوٍ حول العا . وا بادرات الدولية مطلوبة لدعم الدول ا ماتزال خ ا وقدرا ا ناقصة هذا ا جال.

- ب أن تتعهد ا بادرات الدولية للتدريب التعاون ب ا نظمات الدولية ا تلك القدرة السابقة لتجربة مثل هذه ا بادرات، ولاسيما الدولة الفق ة أو ا توسطة.

البحوث والدعوة من أجل الصحة النفسية

توسيع قدرة البحث الوقائي

تطورت العقدين ا اضيه طى سريعة فروع معرفية عديدة ا جال الوقائي. ولقد سا ت العلوم العصبية والبيولوجية والاجتماعية الفهم العميق لدور عوامل الاختطار والعوامل الواقية ا سالك التطورية للاضطرابات النفسية. ولقد استعرفت ا اه من العوامل البيولوجية والنفسانية والاجتماعية وا جتمعية وتداخلا ا وتآثرا ا ا راحل ا ختلفة من ا ياة منذ باكورة ا مل والرضاعة. ولقد قيمت العلوم الوقائية نتائج العديد من ا امج الوقائية والسياسات لتوف القرار ا تخذ أُ هن عن التنفيذ والتحس الإضا . ولقد زاد ذلك من فرص اح التبش من أجل الوقاية. ولقد درس الباحثون الإجراءات ا عقدة والشروط ا تضع العراقيل وجه تغي السلوك الفردي أوالبيئة الاجتماعية ا طلوبة لتعميم التأث ات الوقائية. إن يز هذه العمليات الرئيسية والطيف الواسع من النتائج ا ُبَرْهَنَة لاينبغي أن

يذهب من دون إدراك أن الارتكاز إ ال هان يبقى ضئيلاً و تاج للتوسيع.

- لتقوية الوقاية ا رتكزة إ ا عرفة ولتوسيع ال ال امج الوقائية، فإن قدرة البحوث الوقائية والتعاون الدو البحوث ب أن تتوسع أيض . ولذا ينبغي أن يتضمن تطوير الشبكة الدولية راكز البحوث الوقائية ا تعاونة ال تستجيب اجات الصحة النفسية الدول الفق ة وا توسطة والغنية.

موعة الأولويات ل نامج عمل البحوث الوقائية

- لتوسيع الوقاية الفعالة ا رتكزة إ ا عرفة ء الدول والثقافات ، ب توخي ا ذر عند الباحث ا جالات التالية:
  - الدراسة العديدة ا قرات وتكرار الدراسات لتوسيع ا عرفة عن الصمودية وا تانة وا ساسية الثقافية لنتائج ال امج والسياسات.
  - الدراسات الطولانية لاختبار التأث الطويل الأجل للتدخلات الوقائية ا بكرة.
  - تطوير ال امج الوقائية ال تصل إ أعلى نسبة من ا مهرات ا ختطرة.
  - البحوث عن تضم العلاقات ا تبادلة للعديد من ا شاكل النفسية والبدنية والاجتماعية من أجل السياسات وال امج الوقائية الفعالة.
  - دراسات ا دوى الاقتصادية لاستعراف الاستراتيجيات الأكثر كفاءة وقيمة ال امج والدراسات الوقائية الأبعد من فوائدها الصحية النفسية.
  - الدراسات ال تستعرف التأث ا عدل والدلائل الإرشادية ا ُبَرْهَنة لتحس فعالية السياسات وال امج وتنفيذها.

تعزيز الرؤى ا شتركة عاي ال اه ، وحساسية السياق ، وا ساسية الثقافية

أث ت مناقشة الوقاية ا ُبَرْهَنة وتعزيز الصحة على ا ستوى الدو ، ولاسيما معاي جودة ال هان ا طلوبة ب الباحث وا مارس وا دافع وصناع السياسات. و ة رؤى متضاربة عن مثل هذه ا عاي . ويصعب إ اد قواعد عامة صحيحة عن معاي ال اه ا ساسة إ السياق الثقا والاقتصادي تشمل الدول وا نظمات الدولية وتتعلق بنمط القرار الذي ب ا اذه.

تسهيل التعاون والشراكة ب البحوث والسياسات وا مارسات

ينتج تعزيز التحالفات التعاونية عن ارسة العمل والعلم مع تصميم ال امج الوقائية وتنفيذها وتقييمها وزيادة ا عارف عن الفعالية. و كن أن تؤدي هذه العلاقات ا تعايشة إ زيادة جودة السياسات والتدخلات ا نفذة.

- ينبغي أن تثار الشراكة القابلة للبقاء الطويل لتنفيذ التدخلات ا ديدة أو ا وجودة وتقييمها البحوث والسياسات وا مارسات.

ا وارد والب التحتية

ب تطوير ا وارد ا لائمة والب التحتية ا ستويات ا حلية والوطنية والدولية ال عل الاستعمال ناجع للفرص ا وجودة وذلك لتنفيذ ا طوات والشروط ا طلوبة للوقاية من الاضطرابات النفسية.

تطوير موارد الب التحتية ال تعزز ال امج والسياسات ا ؤازرة

- ■ ينبغي للحكومات أن فز الب التحتية الوطنية وا حلية وأن تطورها، ا يدعم تعزيزالصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية وأن تعمل على التعاون مع سائر ال امج وا نابر السياسية والصحية العمومية.
- ■ ب أن صص ا كومات وشركات الضمان الصحي ا وارد ا لائمة لبذر السياسات وال امج ا تاحة ا ُبَرْهَنَة وتنفيذها تمعيا ووطنيا .
- ■ ينبغي أن صص زيادة ا وارد من أجل مايلي:
- - دعم القدرة البنائية ء القطاعات ا ختلفة مع ديد ا سؤوليات.
- - ويل التدريب والتثقيف ا تعلق بالوقاية والتعزيز الصحة النفسية.
- - ويل تنفيذ ال امج با شاركة مع وث التقييم.
- - التحفيز على ا ستوي ا حلي والوط لأركان التعاون ختلف الأجزاء ا كتنفة تعزيز الصحة النفسية والسياسات والوقاية ا ة.

التنظيم والتنسيق عمل كل دولة

ب تنسيق الأعمال ء ا نظمات والقطاعات لكي تكون الوقاية فعالة و كنة وكذلك جدواها الاقتصادية

- ■ ينبغي أن تعزز ا كومات التنسيق الوط للمبادرات وا مارسات والأعمال الاحترافية تطوير الأفعال الوقائية وبذرها وتنفيذها وتقييمها، وكذلك لتعزيز الصحة النفسية ولتسهيل الفعالية والاستعمال الأ ع للموارد.
- ■ ينبغي ذا التنسيق أن يُضمن الاستراتيجيات الوطنية من أجل التعاون القطاعي الفعال ب الصحة العمومية وتعزيز الصحة، وقطاعات الرعاية الصحية والنفسية الأولية، والتعاون مع سائر القطاعات العمومية ال كن أن تفيد السياسات وال امج الوقائية مثل التربية والتعليم والعدل والعمل.

تطوير التعاون الفعال ا دعوم ب ا نظمات ا كومية وغ ا كومية والدولية

كن أن ينجز بنجاح خفض البدء بالاضطرابات النفسية، وتعزيز الصحة النفسية أرجاء العا عندما توحد ا نظمات الدولية ا عنية جهودها و الات خ اا وقوا وتنسق أفعا ا وسياساا.

- ■ ينبغي للتنظيم والتنسيق على ا ستوى الوط أن يُضمن التعاون والشراكة الفعالة ب ا نظمات ا كومية وغ ا كومية والدولية ا كتنفة التطوير والبذر والتنفيذ للسياسات وال امج الوقائية الفعالة.

:المصادر والمراجع

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder DSM IV-TR,* 4th ed. Washington, American Psychiatric Association.

Anderson P, Biglan A, Holder H (2005). Preventing the harm done by substances, in: In Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevention of mental *disorders: effective interventions and policy options.* Oxford, Oxford University Press.

Apter A (2001). Adolescent suicide and attempted suicide. In: Wasserman D, ed. Suicide, *an unnecessary death.* London, Martin Dunitz: 181-195

Arendt M, Elklit A (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 104(6): 423-437.

Aronen ET, Kurkela SA (1996). Long-term effects of an early home-based intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 35(12): 1665-1672.

Avery DH et al. (2001). Bright light therapy of subsyndromal seasonal affective disorder in the work-palce: morning versus afternoon exposure. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 103(4): 267-274.

Babor T et al. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity.* Oxford, Oxford Medical Publications.

Ballesteros J et al. (2004). Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction,* 00:103-108.

Battistich V et al. (1996). Prevention effects of the child development project: Early findings from an outgoing multisite demonstration trial. *Journal of Adolescent Research,* 11(1):12-35.

Beardslee W, Solantaus T, van Doesum K (2005). Coping with parental mental illness. In: Hosman C, jané-Llopis E, Sanxena S, eds. Prevention of mental disorders: *effective interventions and policy options.* Oxford, Oxford University Press.

Beardslee W et al. (1988). Psychiatric disorder in adolescent offspring of parents with affective disorder in a non-referred sample. *Journal of affective Disorders,* 15(3):313-322.

Bell R (1992). Multiple-risk cohorts and segmenting risk as solutions to the problem of false positives in risk for the major psychoses*. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes,* 55(4):370-381.

Bellew R, King E (1993). Educating women: lessons from experience. In: King E, Hill A, eds. *Barriers, benefits and policies.* Baltimore, John Hopkins University Press.

Bertolote JM (2001). Suicide in the world: an epide-miological overview. In: Wasserman D, ed. *Suicide, an unnecessary death*. London, Martin Dunitz: 3-10.

Blair C, Ramey C (1997). Early intervention for low-brith-weight infants and the path to second genera-tion research. In: Guralnick MJ, ed. *The effectiveness of early intervention.* Baltimore, Paul Brookes: 77-97.

Blair C, Ramey CT, Hardin JM (1995). Early intervenetion for low birthweight, premature infants: participation and intellectual development. *American Journal of Mental Retardation,* 99(5):542-554.

Brown H, Sturgeon S (2005). Promoting a Healthy start of life and reducing early risks. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Sazena S, eds. *Prevention of mental disorder: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Bruene-Butler L et al. (1997). The Improving Social Awareness-Social Problem Solving Project. In: Albee GW, Gullotta TP, eds. *Primary Prevention works. Issues in children's and families' lives, vol. 6.* Thousand Oaks, USA, Sage Publications: 239-267.

Bryant RA et al. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66:862-866.

Bryant RA et al. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive-behavioral therapy and counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156:1780-1786.

Caplan RD et al. (1989). Job seeking, reemployment, and mental health: A randomized field experiment in coping with job loss. *Journal of Applied Psychology,* 74(5): 759-769.

Chowdhury A, Bhuiya A (2001). Do poverty alleviation programs reduce inequities in health? The Bangladesh experience. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health.* Oxford, Oxford University Press.

Clarke GN et al. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: a randomized trial of group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34:312-321.

Clarke GN et al. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of despressed parents. *Archives of General Psychiatry,* 58:1127-1134.

Cohen A (2002). Our lives were covered in darkness. The work of the National Literary Mission in Northern India. In: Cohen A, Kleinman A, Saraceno B, eds. World mental health casebook: *social and mental health programs in low-Income countries*. London, Kluweeer Academic/ Plenum publishers: 153-190.

Coie JD et al. (1993). The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48(10):1013-1022.

Conduct Problems Prevention Research Group (1999). Initial impact of the Fast Track Prevention trail for conduct problems: ll. *Classroom effects. Journal of Consulting Clinical Psychology*, 67(5):648-57.

Conduct Problems Prevention Research Group (2002). The implementation of the Fast Track program: An example of a large-scale Prevention science efficacy trail. *Journal of Abnormal and Child Psychology*, 30(1): 1-17.

Cooper B (2002). Thinking preventively about dementia. *International Journal of Geriatic Psychiatry*, 17:895-906.

Cornblatt BA (2002). The New York high risk project to the Hillside recognition and Prevention(RAP) program. *American Journal of Medical Genetics*, 114(8):956-966.

Costello EJ, Angold A (1995). Epidemiology. In: March JS, ed. *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York, Guilford Press.

Cummings KM (2000). Community-wide interventions for tobacco control. In: National Cancer Institute. *Population based smoking cessation.* Smoking and Tobacco Control Monograph 12. Bethesda, MD, US Department of Health and Human Services: 217-221.

Dadds MR et al. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4):627-635.

DeLeo D, Dello Buono M, Dwyer J (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*. 181:226-229.

Detels R et al., eds (2002). *Oxford textbook of public health.* 3rd. Oxford, Oxford University Press.

Developmental Research and programs (1997). *Communities That Care: a comprehensive prevention program*. Seattle, WA, Developmental Research and programs.

Dishion TJ, Andrews DW (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(): 538-548.

Domitrovich C et al. (2005). Enhancing resilience and reducing risk behaviour in schools. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: *effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Dyer C, Halford WK (1998). Prevention of relationship problems: Retrospect and prospect. *Behavior Change*, 15(2):107-125.

Eddy M (2005). Prevention of conduct disorders, violence and aggression. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Felner RD et al. (1993). Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: Longitudinal follow-ups and extensions of the school Transitional Environment Project (STEP). *Prevention in Human Services,* 10:103-136.

Fichtenberg CM, Glantz SA. (2002). Effect of smokefree workplaces on smoking behaviour: systematic review. *Britsh Medical Journal*, 325:188-195.

Forette F et al. (1998). Prevention of dementia in randomized double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trail. *Lancet*, 352(9137): 1347-1351.

Forette F et al. (2002). The prevention of dementia with antihypertensive treatment: new evidence from the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) study. *Archives of Internal Medicine*, 162(18):2046-2052.

Frangou S, Murray RM (2000). Pharmacological treatment strategies. In:*Schizophrenia*, 2nd ed. London, Martin Dunitz: 48-59.

Gardenswartz C, Craske M (2001). Prevention of panic disorder. *Behavior Therapy*, 32(3\4):725-737.

Geddes JR, Lawrie SM (1995). Obstetric complications and schizophrenia: a meta-analysis. *British Journal of psychiatry*, 167(6):786-93.

Gordon R (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98:107-109.

Gordon R (1987). An operational classification of disease prevention. In: Steinberg JA, Silverman MM, eds. *Preventing mental disorders*: a research perspective. Rockville, MD, Department of Health and Human Services: 20-26.

Green LW, Kreuter MW (1999). Health promotion planning: *An educational and ecological approach, 3rd ed.* Mountain View, Mayfield Publishing Company.

Greenberg MT, Kusché CA (1998). Preventive interventions for school-age deaf children: The PATHS curriculum. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3(1):49-63.

Greenberg MT et al. (1995). Promoting emotional competence in school-aged children: The effects of the PATHS curriculum. *Development and Psychopathology*, 7:117-136.

Haight BK, Michel Y, Hendrix S(1998). Life review: Preventing despair in newly relocated nursing home residents: Short-and long-term effects. *International Journal of Ageing and Human Development*, 47(2): 119-142.

Hawkins JD, Catalano RF, Arthur MW (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6):951-976.

Hawkins JD, von Cleve E, Catalano Jr RF (1991). Reducing early childhood aggression: Results of a primary prevention program. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2):208-217.

Hawkins JD et al. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of pediatrics and Adolescent Medicine*, 153:226-234.

Heaney CA, Price RH, Rafferty J (1995a). The Caregiver Support Program: an intervention to increase employee coping resources and enhance mental health. In: Murphy LR et al., eds. *Job stress interventions*. Washington DC, American Psychological Association: 93-108.

Heaney CA, Price RH, Rafferty J (1995b). Increasing coping resources at work: a field experiment to increase social support, improve work team functioning, and enhance employee mental health. *Journal of Organizational Behavior*, 16:335-352.

Herman H, Saxena S, Moodie R (2004*). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice.* Geneva, World Health Organization.

Hingson R et al. (1996). Reducing alcohol-impaired driving in Massachusetts: *The saving lives program. American Journal of public Health*, 86(6):791-797.

Hoefnagels C (2005). Preventing child ause and neglect. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C (2005). Prevention of eating disorders. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C, Dadds M, Raphael B (2005). Prevention of anxiety disorders. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.* Oxford, Oxford University Press.

Hosman C, Jané-Llopis E (1999). Political challenges 2: mental health. In: International Union for Health promotion and Education. *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*. Brussels, ECSC-EC-EAEC:29-41.

Hosman C, Jané-Llopis E (2005). Effectiveness and evidence: levels and perspectives. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press

Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S eds (2005). Prevention of mental disorders: *effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Hosman C , Wasserman D, Bertelotte J (2005). Suicide prevention. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: *effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Ingram RE, Price JM, eds (2000). Handbook of vulnerability to psychopathology: *risk across the lifespan*. New York, Guiford.

Institute of Medicine (1989). *Utilization management by third parties: Controlling costs and changing patient care? The role of utilization management.* Washington DC, Institute of Medicine.

Jablensky A, Kalaydjieva L (2003). Genetic epidemiology of schizophrenia: Phenotypes, risks factors, and reproductive behavior. American Journal of Psychiatry 160(3):425-429.

Jablensky A et al. (2000). Psychotic disorders in urban areas: an overview of the study on low prevalence disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34:221-236.

Jané-Llopis E, Muñoz R, Patel V (2005). Prevention of depression and depressive symptomatology. In: hosman C, Jané-Llopis E, saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Jané-Llopis E et al. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry,* 183:384-397.

Jané-Llopis E et al. (2005). Ageing mentally healthy. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Johannessen JO et al. (2001). Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 51:39-46.

Johnson CA et al. (1990). Relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with high risk and low risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58:447-456.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA, eds (1994). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*, 7th ed. Baltimore, Williams and Wilkins.

Keel PK, Leon GR, Fulkerson JA (2001). Vulnerability to eating disorders in childhood and adolescence. In: Ingram RE, Price JM, eds. *Vulnerability to psychopathology: Risks across the life span*. New York, Guilford: 390-411.

Kellam SG et al. (1994). The course and malleability of aggressive behaviour from early first grade into middle school: results of a developmental epidemiologically-based preventive trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35:259-281.

Kenkel D, Chen L (2000). Consumer information and tobacco use. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford, Oxford Medical publications: 177-214.

Killackey E et al. (2005). Early prevention in psychosis. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. Prevention of mental disorders: *effective interventions and policy options*. Oxford, Oxford University Press.

Kupfer DJ, Frank E, Perel JM (1989). The advantage of early treatment intervention in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 46(9):771-5.

Kurth C et al. (1995). The severity of dieting and bingeing behaviours in college women: Interview validation of survey data. *Journal of Psychiatric Research*, 29(3): 211-225.

Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counseling for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Oxford: Update Software.

Larsen TK et al. (2001). Shortened duration of untreated first episode of psychosis: changes in patient characteristics at treatment. *American Journal of psychiatry*, 158:1917-1919.

Leenars A (2001). Controlling the environment to prevent suiside. In: Wasserman D, ed. Suicide, *an unnecessary death.* London, Martin Dunitz: 259-264.

Li F et al. (2001). Enhancing the psychological well-being of elderly individuals through Tai Chi exercise: A latent growth curve analysis. *Structural Equation Modelling,* 8(1): 53-83.

Litz BT et al. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(2):112-134.

Loebel AD et al. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 149(9):1183-1188.

Lowry-Webster HM, Barrett PM, Dadds MR (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behavior Change*, 18(1):36-50.

Lucas AR et al. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148(7): 917-922.

Majcher D, Pollack MH (1996). Childhood anxiety disorders. In:Hechtman, Trokenberg L, eds. Do they grow out of it? *Long-term outcomes of childhood disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Association: 139-169.

McGorry RD, et al. (2002). Randomized controlled trail of interventions designed to reduce the risk of progression to frist-episode psychosis in a clinical sample with sub threshold symptoms. *Archives of General Psychiatry,* 59: 921-8.

McGorry RD, Singh BS (1995). Schizophrenia: risk and possibility of prevention. In: Raphael B, Burrows GD, eds. *Handbook of studies on preventive psychiatry*. Amsterdam, Levier.

McNeil TV (1995). Prenatal risk factors and schizophrenia: selective review and methodological concerns. *Epidemiological Reviews*, 17(1):107-12.

Miller TJ et al. (2002). Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. *American Journal of Psychiatry*, 159:863-865.

Montgomery SA, Dunner DL, Dunbar GC (1995). Reduction of suicidal thoughts with paroxetine in comparison with reference antidepressants and placebo. *Eur Neuropsychopharmacology*. 5:5-13.

Moon L, Meyer P, Grau J (1999). Australia's young people: their health and wellbeing. Canberra, *Australian Institute of Health and Welfare*.

Morrison AP et al. (2002). Randomized controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals. Study design and interim analysis of transition rate and psychological risk factors. *British Journal of Psychiatry Suppl*., 43:s78-84.

Moyer A et al. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction,* 97:279-92.

Mulrow CD et al. (1990). Quality-of-life changes and hearing impairment. A randomized trial. *Annals of Internal Medicine,* 113(3):188-94.

Mrazek PJ, Haggerty RJ, eds (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research.* Washington, National Academy Press.

Murray CL, Lopez AD (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020.* Geneva, World Bank, Word Health Organization and Harvard School of Public Health.

Murray CJL et al. (2001). *The global burden of disease 2000 project: aims, methods, and data sources.* Geneva, World Heath Organization.

Musisi S, Mollica R, Weiss M (2005). Supporting refugees and victims of war. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.* Oxford, Oxford University Press.

O'Dea JA, Abraham S (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviours of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. International Journal of Eating Disorders 28(1):43-57.

Olds DL (1997). The Prenatal/Early Infancy Project: fifteen years later. In: Albee GW, Gullotta TP, eds. *Primary prevention works.* Thousand Oaks, USA, Sage: 41-67.

Olds DL (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science,* 3(3):1153-1 172.

Olds DL et at. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association,* 278(8):637-643.

Olds DL et al. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behaviour: A 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association,* 280(8): 1 238-1244.

Olweus D (1989). Bully/Victim Problems among schoolchildren: Basic facts and effects of a school-based intervention program. In: Rubin K & Heppler D, eds. *The development and treatment of childhood aggression.* Hillsdale, NJ, Erlbaum: 441-448.

Patel V, Jané-Llopis E (2005). Poverty, social exclusion and disadvantages groups. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena 5, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.* Oxford, Oxford University Press.

Patton G (1996). An epidemiological case for aseparate adolescent psychiatry? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 30(5):563-566.

Phelps L,Wilczenski F (1993). Eating disorders inventory — 2: Cognitive behavioural dimensions with nonclinical adolescents. *Journal of Clinical Psychology,* (49):508-515.

Pratt BM, Woolfenden SR (2003). Interventions for preventing eating disorders in children and adolescents (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford, Update Software.

Price R, Kompier M (2005). Work, stress and unemployment. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena 5, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.* Oxford, Oxford University Press.

Price RH, van Ryn M, Vinokur AD (1992). Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed. *Journal of Health and Social Behavior,* 33:1 58-1 67.

Ramey CT, Veates KO, Short EJ (1984). The plasticity of intellectual development: Insights from preventive interventions. *Child Development,* 55:1913-1925.

Ranson K et at. (2000). The effectiveness and cost-effectiveness of price increases and other tobacco control policies. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries.* Oxford, Oxford Medical Publications: 427-447.

Reid lB et at. (1999). Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *American Journal of Community Psychology,* 27(4),483-51 7.

Riemsma RP et al. (2002). Patient education for adults with rheumatoid arthritis (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* Issue 4. Oxford, Update Software.

Rispens J, Aleman A, Goudena PP (1997). Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect,* 21:975-987.

Rutter M (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry,* 147:598-561.

Rutz W, von Knorring L, Walinder J (1992). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica,* 85:83-88.

Sackett DL et al. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal,* 312:71-72.

Saffer H (2000). Tobacco advertising and promotion. In: Jha P. ChaIoupka F, eds. Tobacco *control in developing countries.* Oxford, Oxford Medical Publications: 215-236.

Saffer H, Dave D (2002). Alcohol consumption and alcohol advertising bans. *Applied Economics,* 30: 1325-34.

Sanders MR, Montgomery D, Brechman-Toussaint M (2000). Mass media and the prevention of child behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 41:939-948.

Sanders MR, Turner KM, Markie-Dadds C (2002). The development and dissemination of the Triple P -Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science,* 3(3):173-179.

SandIer I, Ayers 1, Dawson-McClure S (2005). Dealing with family disruption: divorce and bereavement. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.* Oxford, Oxford University Press.

Sandier IN et ai. (2003). The family bereavement program: efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology,* 71(3):587-600.

SANE (2002). *Schizophrenia costs: an analysis of the burden of schizophrenia and related suicide in Australia.* SANE Australia.

Schweinhart LJ, Weikart DP (1997). The High/Scope preschool curriculum comparison study through age 23. *Early Childhood Research Quarterly,* 12 (2):1 17-143.

Schweinhart LJ et ai. (1993). *Significant benefits: The High/Scope Perry preschool study through age 27.* Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation, 10. Ypsilanti Ml, High/Scope Press.

Shapiro A, Taylor M (2002). Effects of a community-based early intervention program on the subjective well-being, institutionalization, and mortality of low-income elders. *Gerontologist,* 42(3):334-341.

Shisslak CM, Crago M, Estes LS (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders,* 18:209-219.

Shure MB (1997). Interpersonal cognitive problem solving: Primary prevention of early high-risk behaviors in the preschool and primary years. In: Albee GW, Gullotta TP, eds. *Primary prevention works. Issues in children's and families' lives.* Vol. 6. Thousand Oaks USA, Sage Publications: 239-267.

Shure MB, Spivack G (1988). Interpersonal cognitive problem solving. In: Price RH et al., eds. *14 ounces of prevention; a casebook for practitioners.* Washington DC, American Psychological Association: 69-82.

Silagy C et al. (2004). Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library,* Issue 2. Oxford, Update Software.

Shochet et al. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology,* 30(3):303-315.

Sorensen 5, Pinquart M, Duberstein P (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist,* 42(3):356-72.

Stevens N, van Tilburg T (2000). Stimulating friendship in later life: A strategy for reducing loneliness among older women. Educational Gerontology, 26(1):15-35.

Thomson H, Petticrew M, Morrison D (2001). Housing interventions and health — a systematic review. *British Medical Journal,* 323:187-190.

Tondo L,Jamison KR, Baldessarini RJ (1997). Effect of lithium maintenance on suicidal behaviour in major mood disorders. Annals of the New York Academy of Sciences, 836:339-351.

Torrey EF, Bowler AE, Clark K (1997). Urban birth and residence as risk factors for psychoses: an analysis of 1880 data. Schizophrenia Research, 25(3):169-76.

Tremblay RE et al. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(4):560-568.*
UNICEF (2002). *UNICEF annual report 2002.* NewYork, UNICEF.

van Doesum K, Hosman C, Riksen-Walraven M (in press). A model based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal.*

van Lier PAC (2002). Preventing disruptive behavior in early elementary school children. Dissertation, Erasmus University, Rotterdam.

van Os J, McGuffin P (2003). Can the social environment cause schizophrenia? British Journal of Psychiatry, 182(4):291-292.

Villar J et al. (1992). A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. The Latin American Network for Prenatal and Reproductive Research. *New England Journal of Medicine,* 327(1 8):1266-1271

Vinokur AD et al. (2000). Two years after a job loss: Long-term impact of the JOBS Program on reemployment and mental health. *Journal of Occupational Health Psychology,* 5(1):32-47.

Vuori J et al. (2002). The Työhön job search program in Finland: Benefits for the unemployed with risk ‘of depression or discouragement. *Journal of Occupational Health Psychology,* 7(1):5-19.

Walker HM et al. (1998). First step to success: An early intervention approach for preventing school antisocial behaviour. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders,* 6(2):66-80.

Warner R (2001). The prevention of schizophrenia: What interventions are safe and effective? Schizophrenia Bulletin, 27(4):551-562.

Webster-Stratton C (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *Journal of Abnormal Child Psychology,* 18(5):479-492.

Webster-Stratton C, Reid MJ (2003). The incredible years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In: Kazdin AE, ed. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents.* New York, Guilford Press: 224-240.

Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M (2001). Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Community Psychology,* 30(3): 283-302.

WHO (1997). *The Jakarta Declaration on leading health promotion into the 21st century.* Geneva, World Health Organization.

WHO (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders.* Geneva, World Health Organization.

WHO (1999). *A critical link: interventions for physical growth and child development.* Geneva, World Health Organization.

WHO (2001 a). *Basic documents.* 43rd ed. Geneva, World Health Organization:1.

WHO (2001b). *The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope.* Geneva, World Health Organization.

WHO (2002a). *Prevention and promotion in mental health. Mental health: evidence and research.* Geneva, Department of Mental Health and Substance Deoendence.

WHO (2002b). *Prevention of psychoactive substance use: A selected review of what works in the area of prevention.* Geneva, World Health Organization.

WHO (2002c). *The world health report 2002: Reducing risks, promoting healthy life style.* Geneva, World Health Organization.

WHO (2004a). *Global status report:Alcohol policy.* Geneva, World Health Organization.

WHO (2004b). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report.* Geneva, World Health Organization.

WHO (2004c). *WHO CHOICE Cost effectiveness analyses.* Geneva, World Health Organization. Available at: http://www3.who.int/whosis/menu. cfm?path=evidence,cea&language=english.

WHO (2004d). *The world health report2004: Changing history.* Geneva, World Health Organization.

Windsor RA et al. (1993). Health education for pregnant smokers: Its behavioural impact and cost benefit. *American Journal of Public Health,* 83(2):201 -206.

Winzelberg AJ et al. (2000). Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 68(2):346-350.

Wolchik SA et al. (1993). The children of divorce parenting intervention: Outcome evaluation of an empirically based program. *American Journal of Community Psychology,* 21(3): 293-33 1

Wolchik SA, et al. (2000). An experimental evaluation of theory-based mother and mother-child programs for children of divorce. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 68(5):843-856.

Wolchik SA et al. (2002). Six-year follow-up of preventive interventions for children of divorce. A randomized controlled trial. *JAMA,* 288(1 5):1874-1881.

World Bank (2000). *World development report: attacking poverty.* Oxford, Oxford University Press.

Young A et al. (1995). The PACE Clinic: development of a clinical service for young people at high risk of psychosis. *Australian Psychiatry,* 3:345-349.

Zabinski M et al. (2001). Reducing risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders,* 29(4):401 -408.

Zenere PJ, Lazarus PH (1997). The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a prevention and intervention program. *Suicide and Threatening Behavior,* 27(4):387-403.

الوقاية من الاضطرابات النفسية

التدخلات الفعالة وا يارات السياسية

يلخص الـ امج والسياسات الدولية ا سندة بالبينات للوقاية من الاضطرابات النفسية والسلوكية.

ويستعرض الرسائل التالية:

١. أن الوقاية من الأمراض النفسية من أحد الأولويات الصحة العمومية.

٢. للاضطرابات النفسية ددات متعددة، ولابد للوقاية من بذل جهودٍ متعددة الأساليب.

٣. كن للوقاية الفعالة أن فض من وطأة عوامل ا طر للاضطرابات النفسية.

٤. ينبغي أن يسترشد أثناء التنفيذ بالبينات ا تاحة.

٥. ينبغي إتاحة الـ امج والسياسات الناجحة على نطاق واسع.

٦. ينبغي توسيع نطاق ا عارف ا سندة بالبينات حول فعاليتها.

٧. ينبغي للوقاية أن ترم ا صوصية ا جتمعات وإتاحة ا وارد البلدان.

٨. ينبغي الاستثمار ا ا والبشري للحصول على نتائج على نطاق السكان.

٩. تتطلب الوقاية الفعالة إقامة روابط بـ القطاعات.

١٠. اية حقوق الانسان من أهم الاستراتيجيات للوقاية من الاضطرابات النفسية.

ISBN: 978-92-9021-426-6